

*Sentidos sobre la sexualidad de las mujeres  
adolescentes en el discurso médico.  
El orden de la verdad científica, la moral y  
las prácticas.*



**Doctoranda**  
*Lic. Marianela García*

**Título:**

*Sentidos sobre la sexualidad de las mujeres adolescentes en el discurso médico.  
El orden de la verdad científica, la moral y las prácticas.*

**Doctoranda**

Lic. Marianela García

**Directora**

Dra. Mónica Gogna

**Co-Directoras**

Dra. Andrea Mariana Varela

Dra. Cecilia Viviana Ceraso



Universidad Nacional de La Plata  
Facultad de Periodismo y Comunicación Social  
Doctorado en Comunicación

**Septiembre 2019**  
**La Plata, Argentina**

Ilustraciones: Antonela Schiantarelli

Diseño: Rita Analía García

## AGRADECIMIENTOS

*A mis Directoras, grandes mujeres que me inspiraron y acompañaron en el camino.*

*A la Facultad y a la Universidad Pública.*

*A mi familia, amiguxs y compañerxs.*

*Y, especialmente, a las brujas, las hijas y las nietas.*

*“El amor entre las mujeres  
es el mejor antídoto contra el patriarcado”*

*Safina Newbery*

## ÍNDICE

<b>PRESENTACIÓN</b>	13
<b>CAPÍTULO I: Situar la investigación</b>	19
I.1. Marcas epocales	19
I.2. Políticas y programas para adolescentes en Argentina	27
I.2.1. Programa Nacional de Salud Integral Adolescente	28
I.2.2. Plan Nacer y Programa SUMAR	30
I.2.3. Espacios diferenciados y asesorías en escuelas	31
I.2.4. Plan Nacional de prevención de embarazo no intencional en la adolescencia	33
I.3. Sistema de salud en la provincia de Buenos Aires	35
I.3.1. Provincia de Buenos Aires: la salud sexual en retroceso	37
I.3.2. Red de consejerías	39
I.3.3. Adolescentes en la provincia	42
I.4. Trayectoria de la autora	44
<b>CAPÍTULO II: Debates y combates acerca del problema de investigación</b>	49
II. 1. Estudios de género y sexualidad	49
II. 1.1. Presentación del campo de estudio	49
II. 1.2. Hacia la construcción de las mujeres	56
II. 1.3. Ciudadanía y soberanía: el contrato sexual	59
II.1.4. Estudios acerca de la sexualidad y los cuerpos	62
II.1.5. La sexualidad de las mujeres: maternidad y aborto	68
II. 2. Juventudes: entre el tutelaje y el protagonismo	70
II.2.1. Los estudios de juventud	70
II.2.2. Debates en torno a las juventudes: entre el estigma y los derechos	75
II.2.3. Breve historización de la categoría adolescencia	78
II.2.4. Nuevas agendas en salud para y desde las juventudes	81
II.2.5. Adolescencias, cuerpos y sexualidades	85
II. 3. La salud como campo de disputa	88
II.3.1. Los paradigmas sanitarios y las teorías epidemiológicas	88
II.3.2. El riesgo en salud	92
<b>CAPÍTULO III: Postulados teóricos y metodológicos: el camino de la comunicación</b>	99
III.1. Marco Teórico de la investigación	99
III.1.1. Discurso médico hegemónico, sexualidad y adolescencia	99
III.1.2. La comunicación en salud	105
III.1.3. Hegemonía: sentidos acerca del orden y la transformación.	108
III. 2. Marco Metodológico de la investigación	119
III. 2.1. Presentación del abordaje metodológico	119
III. 2.2. Técnicas de recolección de datos y métodos de análisis	124
<b>CAPÍTULO IV: Discurso médico, entre lo instituyente y lo transformador</b>	129
IV.1. Presentación de lxs entrevistadxs	129
IV.2. Acerca de lxs adolescentes	132
IV.2.1. Caracterización	133
IV.2.2. Sexualidad	139
IV.2.3. Embarazo	150

V.2.4. Toma de decisiones	154
IV.3. Géneros, sexualidades y violencias	160
IV.3.1. Perspectiva de género y derechos	160
IV.3.2. Diversidad y disidencias	167
IV.3.3. Violencias	172
V.3.4. Aborto	176
<b>CAPÍTULO V: Reflexiones finales</b>	<b>187</b>
V.1. Consideraciones principales	187
V.2. Líneas de intervención	193
V.2.1. Adolescentes y sexualidades: hacia una pedagogía liberadora	193
V.2.2. Trabajo vivo en salud y comunicación	198
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>207</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>223</b>
1. Guía de entrevista	223
2. Protocolo de consentimiento informado	225
3. Autorización del Comité de Ética Central del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires	227
4. Entrevista a Andrea Pineda, psicóloga y coordinadora del Programa de Salud Integral en la Adolescencia del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires.	229



**PRESENTACIÓN**

## PRESENTACIÓN

### **Tema-problema de investigación**

La Tesis doctoral que aquí se desarrolla busca analizar la configuración del discurso médico hegemónico que se presenta como verdad en el orden social vigente y que condiciona prácticas de lxs sujetos en relación con su sexualidad.

Para ello, se decidió estudiar específicamente la construcción de este discurso acerca de las mujeres adolescentes, entendiendo que los recursos en salud sexual -en tanto políticas, programas, campañas- están fuertemente dirigidos a las mujeres. En este sentido, se reconoce un claro sujeto “usuario” del sistema de salud en referencia a estas prácticas médicas, así como también, se registra que las relaciones de normatividad institucional se fortalecen cuando están dirigidas al sujeto joven.

En este sentido, se infiere que la atención médica en salud sexual de las adolescentes pretende normalizar unas prácticas sexuales que son concebidas como “debidas” o “correctas” para el orden social vigente. La pregunta que surge entonces es si, detrás del escudo de la verdad científica representado por el cuerpo médico como voz autorizada del sistema de salud, se esconden una serie de principios dogmáticos que configuran ciertos estereotipos de sexualidad que funcionan como ordenadores de las prácticas sexuales.

Frente a esto, se desea indagar la relación de estos principios ordenadores con el ejercicio y el acceso a los derechos sexuales de las mujeres adolescentes, así como la posibilidad de autonomía de las decisiones sobre el deseo, el conocimiento de su propio cuerpo y la configuración de sus vínculos sexuales con lxs otrxs.

Como en cualquier campo discursivo, tanto la conceptualización sobre las adolescentes como el “deber ser” en cuanto a salud sexual configuran una polisemia del signo en tanto se articulan los discursos científicos, profesionales, institucionales, locales y de la propia subjetividad de lxs médicxs como agentes sociales. Sin embargo, al mismo tiempo se identifica un discurso hegemónico normalizador que funciona como límite de las fronteras de lo posible en tanto imaginario social.

En este marco, la sexualidad puede ser abordada como una fijación discursiva en donde la moral cobra preponderancia frente a las disputas de poder por la configuración de un sentido hegemónico.

Para llevar a cabo dicha investigación, durante los meses de abril y junio de 2019 se realizaron entrevistas semi-estructuradas a médicxs que trabajan en hospitales públicos de la provincia de Buenos Aires y que brindan atención a la población adolescente -tanto en espacios diferenciados como en servicios generales-.

## **Palabras clave**

DISCURSO MÉDICO, SEXUALIDAD, ADOLESCENCIA, MUJERES, SALUD SEXUAL, SALUD PÚBLICA

## **Objetivos**

Objetivo general:

- Reconocer y analizar las significaciones acerca de la sexualidad de las mujeres adolescentes en el discurso médico hegemónico, a partir de las percepciones de lxs médicos que trabajan en hospitales públicos de la provincia de Buenos Aires y que brindan atención a la población adolescente -tanto en espacios diferenciados como en servicios generales-.

Objetivos específicos:

- Identificar y estudiar las apreciaciones que lxs médicxs presentan acerca de las mujeres adolescentes, su caracterización y descripción de los modos de comportamiento.
- Conocer y analizar las construcciones de sentido sobre la sexualidad que circulan en la interacción médico-usuarias; así como también en los diferentes organismos de salud.
- Reconocer las estrategias discursivas que operan en el acceso a los derechos sexuales y (no) reproductivos de las mujeres adolescentes y en los protocolos de actuación médica.

## **Estructura de la Tesis doctoral**

La Tesis será presentada en cinco capítulos. El Capítulo I da cuenta de las condiciones de producción de la presente investigación y del proceso desarrollado hacia la construcción del tema-problema. En este sentido, se describe la pertinencia de la investigación en la agenda pública actual, abordando ejes centrales de los debates acerca de las mujeres, las sexualidades y el Estado, como garante de derechos y gestor de las políticas públicas. Asimismo, se realizará una breve descripción de las políticas y los Programas del sistema de salud para adolescentes en Argentina y el estado de situación en la provincia de Buenos Aires. Por último, se situará a la autora de la tesis en el marco de discusión, describiendo sus espacios de pertenencia, la experiencia

laboral, de investigación, docencia y extensión que aportaron a la construcción de estas reflexiones.

El Capítulo II despliega el Estado del Arte, presentando los núcleos centrales de las discusiones académicas abordadas en la investigación. Para ello, el capítulo fue subdividido en tres ejes: Estudios de Género y sexualidad, Juventudes y Salud. A su vez, cada apartado cuenta con la descripción de las principales categorías y conceptos, los debates en torno al tema y una breve historización.

El Capítulo III presenta el Marco Teórico y Metodológico de la investigación, abordando la construcción del tema-problema en el campo de la comunicación y haciendo especial hincapié en las categorías y conceptos que dan lugar al análisis. Asimismo, se muestra una articulación teórica de los diferentes campos de estudios presentes en la investigación, comprendiendo la complejidad que reviste el análisis de los procesos sociales y la necesidad del abordaje transdisciplinar. También, este capítulo exhibe el abordaje metodológico desde donde se realiza el acercamiento al objeto de estudio, en el cual confluyen los estudios del discurso, las propuestas feministas y el análisis crítico. Asimismo, se describen las técnicas mediante las cuales se generó el corpus de análisis de esta investigación.

El Capítulo IV desarrolla el análisis de las entrevistas realizadas a médicas que trabajan en hospitales del sistema público de salud de la provincia de Buenos Aires. Dicho análisis se aplicó a partir de las categorías y métodos explicitados en el Capítulo III. A fin de ordenar la información, se construyeron núcleos temáticos a partir de lo relevado en las entrevistas; así, el corpus presenta regularidades y tensiones discursivas.

El Capítulo V esboza las reflexiones finales elaboradas a partir del análisis y presenta algunas líneas de intervención a fin de contribuir al acceso a la salud sexual de lxs adolescentes y de promover en el entramado sanitario la eliminación de todo tipo de violencia y discriminación sexo-genérica.

Por último, se incluye como Anexos la Guía de Entrevista aplicada, el Protocolo de Consentimiento Informado, la autorización del Comité de Ética Central del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires y la entrevista realizada a la actual coordinadora del Programa de Salud Integral en la Adolescencia del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, Andrea Pineda.



## CAPÍTULO I



*Situar la investigación*

## **CAPÍTULO I: Situar la investigación**

### **I.1. Marcas epocales**

Los debates acerca de las sexualidades -que incorporan reflexiones sobre las pedagogías, las tensiones entre la normalización de las instituciones y la autonomía de los sujetos, la puja entre la moral y el deseo- resultan un foco problemático para las ciencias sociales, que viene siendo estudiado y cuya relevancia se ha profundizado en el marco del reciente tratamiento parlamentario del proyecto de Ley para la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Argentina.

Así, la Ley de Educación Sexual Integral, sancionada en 2006, como la pregunta acerca de las adolescencias y los modos de experimentar la sexualidad, y la voluntad de las mujeres en la toma de decisiones sobre sus cuerpos, abre un mapa de discusiones que atañen al campo de la comunicación y las ciencias sociales en general, que se inscriben en varias tradiciones de estudios académicos y que se articulan en la pregunta por los mandatos sociales, los lineamientos del sistema de salud acerca de la salud sexual, las prácticas profesionales, el movimiento de mujeres y los estudios sobre juventudes.

Asimismo, resulta indispensable reconocer otra mirada acerca de las adolescentes, las prácticas sexuales y los deseos, que hace pie en el espacio público bajo la reciente consigna “Con mis hijos no te metas” que ha salido a disputar los sentidos acerca del sexo, la sexualidad y la perspectiva de género. Se presenta entonces, un campo de disputa política que encuentra anclaje en los sentidos que se construyen en base a las sexualidades adolescentes: por un lado la denuncia de una “ideología de género” impuesta a lxs jóvenes, y por el otro la denuncia de mandatos conservadores que obstruyen la autonomía y el conocimiento de los propios placeres. Al mismo tiempo, desde un postulado moralista y dogmático, la expresión “salvemos las dos vidas” representa hoy una pedagogía tutelada de la sexualidad, la cual conforma una barrera de acceso de lxs adolescentes a sus derechos de una educación sexual garantizada por ley.

En este marco, para presentar el problema hoy acerca de la sexualidad de las mujeres adolescentes y el vínculo con el discurso médico hegemónico, resulta necesario recuperar algunas discusiones sobre las que se inscribe el presente trabajo de investigación.

En principio, se puede referenciar que en las discusiones acerca de la sexualidad aparece un sujeto clave de estudio vinculado a un doble tutelaje por parte de un sistema patriarcal y adultocéntrico, en donde las mujeres son relegadas en su ciudadanía, así como los discursos que circulan socialmente ubican a lxs adolescentes

desde la falta o la incapacidad de comprender, decidir y ejercer su sexualidad libremente.

Esta última noción de las juventudes tiene su anclaje ligado a la concepción de jóvenes como perturbadores del orden social que se impuso en Argentina a partir de la última dictadura cívico-militar-ecclesial y que mantuvo su hegemonía durante la década del '90. Desde esta perspectiva, la juventud fue -y aún continúa, aunque con mayor nivel de tensiones- analizada a partir de políticas reduccionistas, sectoriales y compensatorias (Krauskopf, 2010; Chaves, 2009). En este sentido, una serie de temas enmarcan, restringida y negativamente, la vida juvenil: los problemas de salud sexual y reproductiva, la delincuencia, las drogas, la deserción escolar, las maras o bandas, etc.

Desde este paradigma, la propia conducta de lxs jóvenes es considerada un factor de riesgo. De ahí que la intervención de las políticas públicas priorice la responsabilidad de los problemas en la misma acción del sujeto, sin dar mayor relevancia al contexto social que legitima unas prácticas y no otras. Según la investigadora especialista en adolescencias Dina Krauskopf (2010), a partir de estos polos sintomáticos y problemáticos se construye en la sociedad una percepción estigmatizante de la juventud. En este marco, los programas del Estado son orientados a los comportamientos de riesgo y transgresión, a su asistencia y prevención, así como existen, también, aquellos que se inspiran en matrices de corte autoritario para la rehabilitación de jóvenes y abogan por incrementar los mecanismos de control y represión social para protección de la sociedad. Es decir que lxs adolescentes son consideradxs principalmente como sujetos de riesgo.

De este modo, y tomando lo que señala el sociólogo alemán Ulrich Beck (1998), como consecuencia de los procesos de modernización, las sociedades contemporáneas se han constituido en sociedades de riesgo y la desigualdad se expresa en el reparto de riqueza y en el reparto de riesgos; así, se formula la idea de riesgo estructural. Siguiendo a Beck, Krauskopf sostiene que:

Entornos marginalizados, desprotegidos, bélicos y criminalizados; territorios donde la identidad positiva del colectivo es denegada socialmente; la estigmatización de la exclusión y violencia juvenil como delincuencia; la calle como espacio fundamental de socialización y aprendizaje; la resocialización en la cárcel; carencia de espacios para expresiones de creatividad y participación juvenil legitimada; escasa presencia de instituciones; falta de acceso a servicios públicos; trabajos marginales y mayor oferta de acceso a alcohol y drogas (Krauskopf, 2010: 95).

Es decir, espacios físicos donde según Beck, se acumulan los riesgos tanto en el nivel de las representaciones sociales, como en las condiciones concretas de convivencia y en el acceso a oportunidades de protección, atención y desarrollo.

Resulta interesante notar que en el mismo orden las mujeres son y fueron clasificadas como los sujetos de riesgo de las sociedades. Es innumerable la tradición de estudios que visibilizan la permanente asociación de las mujeres a los potenciales de peligro. La mujer es nombrada en la historia como un sujeto a tutelar, desde la lectura hegemónica de los mitos religiosos de Adán y Eva, pasando por la implementación del Estado Moderno y hasta en las sociedades capitalistas actuales. Las mujeres representan para el orden social la concepción del riesgo por el solo hecho de su clasificación sexo-genérica.

Además, son las mujeres las mayores usuarias de los servicios de salud, tanto por la cantidad de controles, especialidades médicas, y atención que se le destina en gran medida a la salud sexual y reproductiva, como por los mandatos culturales que asocian a las mujeres a la debilidad y a los hombres a la fortaleza.

Este puente significativo entre adolescentes y mujeres se da en el marco en que las sociedades se organizan con un principio rector que coloca a la adultez y a la masculinidad como formas de subjetivación ideales. Es en la adultez que se goza de la mayor capacidad para comprender y actuar en el mundo; y es en la masculinidad en donde radica la razón, la fortaleza y la vigorosidad. Estas dos características de las subjetividades hegemónicas actuales representan la condensación del poder.

Sin dudas que estas formas de comprender la adultez y la masculinidad también son moldeadas en la reproducción del capital global y representan un imaginario androcéntrico. Son unos tipos de adultez y de masculinidades los que se ubican en el epicentro de los imaginarios legítimos.

Sin embargo, este orden social se ha puesto en tensión. Luego de la crisis producto de las medidas neoliberales implementadas en Argentina durante la década del '90, la apuesta estatal estuvo signada por reconquistar las capacidades territoriales, incluir a las organizaciones sociales y comunitarias en la recuperación de la participación y construcción colectiva de ciudadanía, desde una mirada que lograra incorporar la perspectiva de "sujeto de derecho".

En este sentido, cobra relevancia la comprensión de unxs jóvenes que han comenzado a socializarse bajo los efectos del 2001, que lo tienen como referencia y que se encuentran con un país que se ha movido de su lugar (Saintout, 2013), y que por lo tanto habilita una serie de discusiones y de luchas con respecto a los derechos sociales, entre los que se encuentra el derecho a la salud y los derechos sexuales reproductivos y no reproductivos.

Es decir, aquel sujeto joven considerado por antonomasia como el sujeto de riesgo, comienza a forjar un espacio de visibilidad pública en cuanto el ejercicio de su ciudadanía y por lo tanto en el reclamo por sus derechos. Hay un corrimiento en la

noción de joven-sujeto vulnerable y pasivo hacia la idea de un joven-sujeto actor de la historia y con derechos inalienables.

En este sentido Krauskopf describe este proceso como:

El paradigma de la ciudadanía, desde el cual las personas jóvenes dejan de ser definidas por sus incompletitudes y síntomas, para ser consideradas sujetos de derechos. Ya no se trata sólo de la ciudadanía formal de ejercer el derecho al voto, sino que se da centralidad a la ciudadanía integral de niños, adolescentes y jóvenes. La construcción de políticas en este marco destaca la participación juvenil y el reconocimiento de la fase juvenil como un importante período de desarrollo social (Krauskopf, 2010: 96).

Siguiendo a esta autora, observamos que el enfoque integral de la salud adolescente y juvenil se constituye desde la propia responsabilidad de los sujetos jóvenes de exigir y construir el derecho a la salud plena, poniendo así de manifiesto la necesaria participación social; la visibilización y legitimación de los logros de juveniles; y el fomento de nuevas relaciones intergeneracionales entre prestadores de servicios y adolescentes. En consecuencia, la visibilización de obstáculos al desarrollo de la salud de adolescentes y jóvenes resulta estratégica para la movilización en defensa de los derechos vulnerados (Krauskopf, 2010).

En esta línea se ajustan las normativas vigentes en Argentina en materia de derechos de lxs niñxs y adolescentes. En primer lugar, en el artículo 75, inciso 22 de la Constitución Nacional otorga jerarquía constitucional a la Convención sobre los Derechos del Niño. Y luego, a partir de la promulgación de la Ley Nº 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, la cual tiene por objeto “promover acciones positivas que tiendan al aseguramiento del goce y ejercicio de los derechos reconocidos por la Constitución Nacional y los tratados internacionales”, según detalla en los fundamentos de su decreto reglamentario.

Estas dos acciones implicaron un cambio sustancial en materia de políticas de protección a la infancia y adolescencia, en virtud del reconocimiento y respeto de sus derechos y garantías.

De esta forma se formuló otro concepto de la protección. Desde la Doctrina de la Protección Integral, se protege a partir de asegurar, promover y restituir la efectivización de los derechos, reconociendo en sus enunciados la titularidad, goce y ejercicio de los mismos. Se trata de una protección y una promoción que propicia el empoderamiento a partir de dinamizar las capacidades de decisión y de participación.

Pese a estos avances normativos, es notorio como el imaginario por el tutelaje de lxs menores de edad persiste en el sentido común y en el entramado de discursos hegemónicos tejido por los medios de comunicación. Esto es representado por ejemplo en las coberturas mediáticas de las tomas de colegios secundarios, los

discursos presentes en el Congreso de la Nación acerca del debate por la legalización del Aborto, en la actual consigna "Con mis hijos no te metas", y hasta en la propia página de la Organización Mundial de la Salud cuando describe a las adolescencias.

También, resulta interesante indagar en torno a cómo los derechos establecidos en las convenciones internacionales acerca de lxs adolescentes y niñas se encuentran vinculados con el estatus ciudadano de los embriones que aparece en la escena pública nacional, volviéndose un obstáculo para los cuerpos gestantes que incluye la misma normativa.

Por su parte, el movimiento de mujeres ha conseguido en los últimos años notables avances en cuanto a los derechos civiles, entre los que se ponderan los sexuales, reproductivos y no reproductivos. En 2003, se crea mediante la Ley 25.673 el programa de Salud Sexual, que incluye la distribución gratuita de métodos anticonceptivos y preservativos. Ese mismo año, a través de la ley 25.808, se prohibió a las/los directivos o responsables de los establecimientos oficiales y privados de educación pública de todo el país, en todos los niveles y de cualquier modalidad, la adopción de acciones institucionales que impidan o perturben el inicio o prosecución normal de sus estudios a las estudiantes embarazadas o durante el período de lactancia y a lxs estudiantes en su carácter de progenitores.

En 2004 se logró la aprobación de la ley 25.929, que recién fue reglamentada en 2015, y que reconoce los derechos de las mujeres durante el parto y coloca en el centro del debate a la violencia obstétrica.

Gracias al impulso del movimiento de mujeres en 2006 se creó el programa "Las víctimas contra las violencias", comúnmente conocida como línea 137, que funciona como medio de denuncia de distintos tipos de violencia, y brindan asesoramiento telefónico e intervención en la Ciudad de Buenos Aires; luego el Consejo Nacional de la Mujer crea la línea 144 a nivel nacional. Ese año fue sancionada la Ley 26.150 que establece la obligatoriedad de la Educación Sexual Integral (ESI) en todos los niveles educativos públicos y privados de Argentina. También se aprobó la ley 26.130 de anticoncepción quirúrgica que establece que toda persona mayor de edad tiene derecho a acceder a la realización de las prácticas denominadas "ligadura de trompas de Falopio" y "ligadura de conductos deferentes o vasectomía" en los servicios del sistema de salud.

En 2008 se aprobó la Ley de Prevención y Sanción de la trata de personas y asistencia a sus Víctimas como medida de protección a todas las mujeres menores y mayores de edad que fueran explotadas tanto dentro como fuera del país, normativa que se amplió en 2012 erradicando el concepto de consentimiento y ampliando las penas de cumplimiento efectivo en todos los casos. En el mismo año se creó el Consejo Federal contra la Trata de Personas y el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la

Nación que habilitó la línea gratuita 145 para recibir denuncias desde cualquier punto del territorio nacional las 24 horas del día.

Esta ley permitió que a fines de 2015 casi 8.325 víctimas fuesen rescatadas por el Estado Nacional, según el Programa Nacional de Rescate y Acompañamiento del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Casi todas las víctimas fueron mujeres, y más de la mitad (el 51%) fueron víctimas de explotación sexual.

En 2009 se sancionó la ley 26.485, de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales, para abordar los distintos tipos de violencias ejercidas contra las mujeres, entre las que se incluyen la doméstica, institucional, de libertad reproductiva y obstétrica, mediática y laboral.

Luego el decreto presidencial 1602/09 creó la Asignación Universal por Hijo y luego por Embarazo, siendo la protección social para las mujeres de los barrios más humildes que no tenían acceso al mercado laboral, sufrían violencias de género y eran jefas de hogares.

Ese mismo año se sancionó la ley 26.522, de servicios de comunicación audiovisual, que insta en su artículo "M" a promover la igualdad en el tratamiento tanto a hombres como a mujeres, el tratamiento igualitario, plural y no estereotipado, además de evitar cualquier discriminación por género u orientación sexual en los medios. Se creó la Defensoría del Público en donde se realizaron los primeros estudios de género y medios y se comenzaron a atender e intervenir frente a denuncias sobre sexismo en los medios. Y, en consonancia con esta ley, en 2011, Cristina Fernández de Kirchner dictó el decreto 936 que promueve la erradicación de la difusión de mensajes e imágenes que estimulen o fomenten la explotación sexual, incluido el rubro 59 de los diarios.

En noviembre del 2012, se aprobó la norma que modificó el Código Penal y tipificó la pena de femicidio cometido contra una mujer o persona trans cuando esté motivado por su condición de género, llevando la condena de 25 años de cárcel a prisión perpetua. Un año más tarde se consiguió promulgar la Ley 26.844 que regula el trabajo de las empleadas domésticas, que permitió a estas mujeres lograr un régimen de aportes jubilatorios, vacaciones, horas laborales, etc.

En 2013, se sancionó la "Ley de Fertilización Asistida" (26.862). Al año siguiente se consiguió la inclusión previsional bajo la ley 26.970 de inclusión previsional, que comprende a las personas que no han tenido aportes. Se la conoce como "jubilación para amas de casa" por ser la primera vez que se le otorga un valor remunerado al trabajo de las mujeres en el ámbito doméstico.

En 2015 a través de la ley 27.210 se aprueba la creación del Cuerpo de Abogadas y Abogados para Víctimas de Violencia de Género, en el ámbito de la Secretaría de Justicia del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación.

Recientemente, se aprobó la Ley Micaela 27.499 para la formación del personal en todos los ámbitos del Estado que permita incluir la perspectiva de género. Además de las ya reconocidas Ley del Matrimonio Igualitario (2009) y de Identidad de Género (2012) que fueron conquistas del movimiento feminista que nuclea a organizaciones de la disidencia y diversidad sexual y de género y a mujeres.

Pese a estos significativos avances, el sistema de salud todavía representa un espacio donde las desigualdades sexo-genéricas se hacen visibles. En este sentido, es necesario reconocer que la atención en salud y el acceso a los efectores y centros son un determinante significativo del estado de salud de los sujetos, particularmente para las mujeres que muchas veces encuentran en el sistema sanitario una barrera para el ejercicio de sus derechos.

Cabe señalar que la disposición de servicios de salud adquiere la responsabilidad de generar una asignación de recursos según las demandas específicas de cada género (Gómez Gómez, 2002), comprendiendo la autonomía de los sujetos en la toma de decisiones y la relación que estas desigualdades tienen con la clase social (Borrell y Artazcoz, 2008).

En este sentido, Elsa Gómez Gómez señala:

Operacionalmente, la equidad de género en salud no se traduce en tasas iguales de mortalidad y morbilidad en mujeres y hombres, sino en la eliminación de diferencias remediabiles en las oportunidades de disfrutar de salud y de no enfermar, discapacitarse o morir por causas prevenibles (Gómez Gómez, 2002: 328).

Este reconocimiento tiene por finalidad combatir las prácticas violatorias de derechos y generar un marco de equidad en la atención en salud que deje atrás prácticas sexistas muchas veces asumidas como naturales por los propios profesionales de la salud y por el entramado institucional en donde realizan su trabajo.

Las españolas Carme Borell y Lucía Artazcoz, investigan en el campo de la salud pública las diferencias sexo-genéricas y definen al sexismo como:

Las relaciones de género injustas basadas en prácticas institucionales e interpersonales donde miembros de un grupo dominante (habitualmente los hombres) adquieren privilegios a base de subordinar a otros géneros (habitualmente las mujeres) y justifican estas prácticas mediante ideologías de superioridad o diferencias (Borrell & Artazcoz, 2008: 246).

El reconocimiento de las prácticas sexistas como obstructoras de derechos y como violencia institucional ejercida hacia las mujeres -y hacia las identidades disidentes-, exige revisar el concepto de accesibilidad en salud.

Entonces, partir desde la comprensión de la salud y de la persona de manera integral, reconociéndola por fuera de la oposición a enfermedad, sitúa la mirada sobre la intervención desde una óptica que distingue entre prevención y promoción. La prevención de la enfermedad refleja el concepto de salud como ausencia de enfermedad. En cambio la promoción de la salud ha sido paulatinamente reconocida de un modo más claro e inclusivo dado que incentiva, además de estrategias para conservar la salud, el énfasis en acrecentarla (Perry & Jessor, 1985). Por ello, la promoción de la salud está orientada, más que a la reducción o eliminación de comportamientos que comprometen la salud, a estimular prácticas que la enriquezcan; por lo cual aquí, la consideración del contexto pasa a ser fundamental (Krauskopf, 2010).

El encuadre de la atención integral exige tener en cuenta no sólo los factores biológicos, sino también los estilos de vida, el medioambiente, las prácticas culturales y la oferta y organización de los servicios. “El propósito fundamental de este enfoque es la preservación de la salud, estimulando la detección de riesgos y factores protectores y poniendo en marcha medidas que privilegien las actividades anticipatorias” (Moreno, 1995: 5). Concordando con el marco conceptual y con las afirmaciones de Perry y Jessor (1985), se comprende que es fundamental la promoción de la salud, ya que “emerge como una herramienta indispensable en el proceso de cambio social que busca mejorar el desarrollo y la salud de los adolescentes” (OPS & OMS, 1998: 19).

Ahora bien, la participación es un momento en el proceso de apropiación significativo del espacio colectivo. La participación juvenil puede promover estrategias que permiten un aprendizaje colaborativo donde los sujetos organizan y estructuran la interacción, el intercambio de ideas y conocimientos entre los miembros del grupo. Este tipo de actividades impacta positivamente en el desarrollo de los jóvenes, estimula la conformación de sujetos capaces de transformar su propia vida y su realidad; instituye sentidos de pertenencia y responsabilidad social, promueve el empoderamiento y la búsqueda de consensos desde la diversidad, señalando estereotipos y fortaleciendo las redes de afecto y aceptación, autoestima y resiliencia. La participación juvenil impacta en el cambio institucional y en el desarrollo comunitario, al operar sobre la circulación del poder en las relaciones intergeneracionales y al promover redes de cooperación (Blainstein *et al*, 1995).

En este mismo sentido, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y la Organización Iberoamericana de Juventud (OIJ), sostienen que la reflexión acerca de la institucionalidad de las juventudes debe partir de la construcción misma del problema joven, la potencialidad-joven y el actor-joven en el discurso y la política

públicos. Desde allí se propone privilegiar nuevas orientaciones que rescatan el protagonismo juvenil, contextualizan al joven en sus entornos de vida y promueven redes de capital social para potenciar su desarrollo. Puntualmente en lo referido a la salud, se sostiene que los jóvenes deben ser a la vez objeto y sujeto de las políticas, para sentir que son protagonistas de sus propios procesos de desarrollo (Cepal, 2004).

De esta forma, toda política pública comprende a los sujetos que intervienen en dicho proceso de una determinada manera. Por eso es que resulta relevante señalar qué tipo de configuraciones y vínculos se proponen desde las políticas públicas; es decir, ver si las mismas se contemplan desde una perspectiva que ubique a lxs jóvenes como meros destinatarios o que los contemple como productores de sentido en la medida en que se los considera ciudadanxs y actores estratégicos de los procesos de desarrollo económico y social del país (Krauskopf, 2000).

Continuando en esta línea, cabe destacar la absoluta prioridad que posee otorgar protagonismo a lxs jóvenes en el diseño, implementación y evaluación de las políticas de juventud, y no desde una perspectiva técnica, sino desde la generación de espacios de interacción que favorezcan y faciliten el conocimiento y reconocimiento de las distintas realidades y situaciones de la vida cotidiana juvenil (Balardini, 1999), en este caso de las múltiples formas en que construyen y experimentan la sexualidad las mujeres adolescentes.

Por último, resulta relevante fomentar este tipo de investigaciones en el marco de la Universidad Pública que contribuyan a pensar nuevas tramas conceptuales con los que han sido considerados los márgenes de la historia. Las mujeres y lxs adolescentes han estado siempre situados ahí por los órdenes sociales: la política, la academia, las sociedades científicas y hasta la propia epistemología del mundo en que vivimos. Desde allí han construido otras fuerzas que tensionan los poderes de dominio y desde allí es que esta investigación hace anclaje en la discusión de las ciencias sociales.

## **I.2. Políticas y programas para adolescentes en Argentina**

La salud de lxs adolescentes es en el mundo un tema de agenda pública. Dos de los ocho propósitos planteados en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en el año 2000 por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) son especialmente pertinentes en relación a la salud sexual de lxs jóvenes. El ODM 5 aspira a implantar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva, para lo que se establece como indicador la tasa de embarazos entre las adolescentes de 15 a 19 años. El ODM 6 apunta a detener la propagación del VIH/sida, siendo lxs jóvenes y adolescentes actores centrales de los indicadores propuestos (ONU, 2018a). Asimismo, dentro de los nuevos Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) pautados en 2015, el Objetivo 5 busca para el 2030 “Lograr

la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas” (ONU, 2018b).

Según el Fondo de Población de las Naciones Unidas para fines de 2017 había en el mundo 7.500 millones de personas. La mitad de esas personas tenían menos de 25 años; casi 2 millones eran jóvenes de entre 10 y 24 años de edad (FNUAP, 2018). En esta misma línea, el sociólogo y presidente de la Centro Latinoamericano sobre Juventud (CELAJU), Ernesto Rodríguez, señala que todavía estamos ante “la mayor generación de jóvenes que jamás haya existido” (Rodríguez & Pieck, 2001: 37), aunque la tendencia sea un crecimiento demográfico de los adultos mayores en los próximos años.

En este sentido, Argentina ha tomado esta demanda internacional como parte del entramado de políticas públicas, programas institucionales, e, incluso, en la modificación de la legislación en torno a las adolescencias. La sanción de la Ley 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes en 2005 inauguró un nuevo paradigma de derechos para abordar el diseño y ejecución de políticas orientadas a la infancia y la adolescencia. Esta normativa implicó la conformación de un nuevo andamiaje institucional respaldado en una concepción del sujeto adolescente como sujeto de derecho pero además como actor estratégico para el desarrollo de dichas transformaciones (Protto Baglione et al., 2015).

Esta transformación del Estado se da en el marco de tensiones y resistencias y se aplica en mayor o menor medida según voluntades políticas, recursos disponibles y actores sociales involucrados. Aquí, se describen brevemente los programas más importantes que se constituyeron en el ámbito de la cartera sanitaria nacional.

### **I.2.1. Programa Nacional de Salud Integral Adolescente**

El Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia se creó a partir de la Resolución Ministerial nº 619, con fecha del 10 de mayo de 2007, bajo el objetivo de promover y difundir el derecho de lxs adolescentes a acceder al sistema de salud en forma autónoma, sin obligación de acompañamiento de unx adultx y en el marco del respeto de la confidencialidad.

Este desafío de accesibilidad fue acompañado de actividades de capacitación, asesoría técnica y de la creación de una red de instituciones de atención integral de lxs adolescentes que contribuyera a la investigación y al desarrollo en la temática.

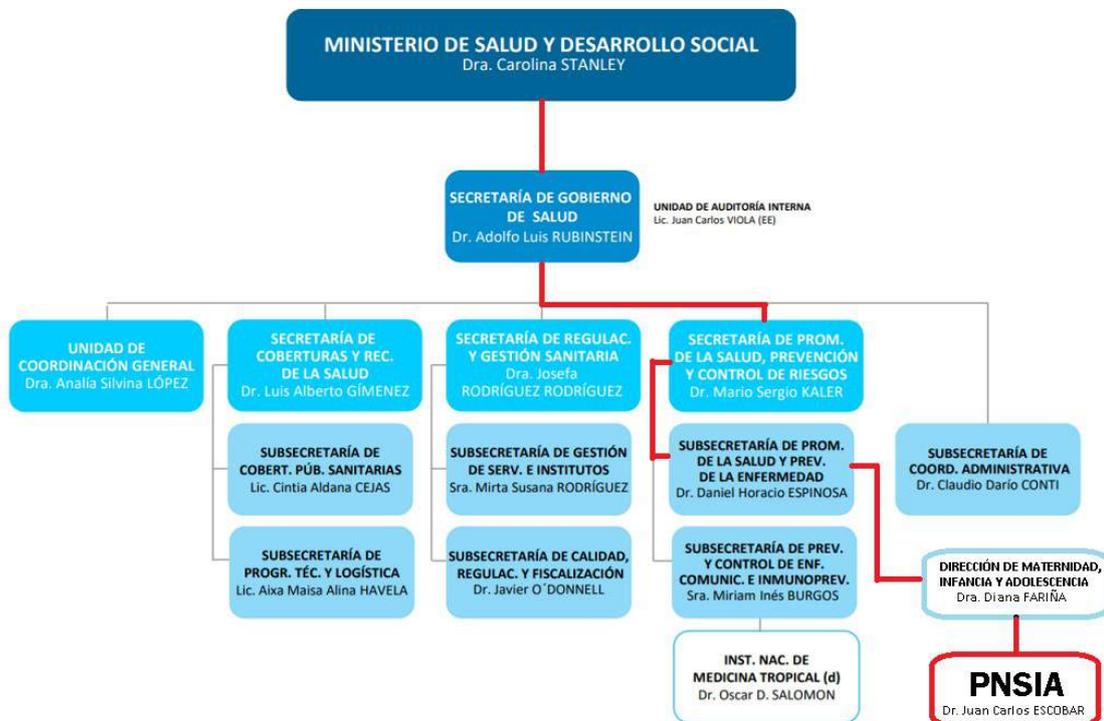
La evaluación de dicho Programa estuvo signada por aspectos cualitativos -calidad de los servicios prestados- y cuantitativos -alcance poblacional- a fin de relevar el grado de satisfacción de lxs adolescentes respecto de las políticas, estrategias y acciones que se llevaban adelante. Esta iniciativa incluyó, además, una propuesta de articulación intra/inter ministerial y con organizaciones de la sociedad civil que trabajaban en el campo.

Estos lineamientos de la cartera sanitaria, que por ese entonces estaba a cargo del Dr. Ginés González García, fueron promovidos a partir de la sanción de la Ley Nacional de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños Y Adolescentes (26.061), que dio un nuevo marco legal a estos sectores poblacionales, pasando de un paradigma de tutelaje hacia uno que los contempla como sujetos de derecho. Específicamente, el PNSIA se propuso operativizar el Artículo 14 de dicha Ley que garantiza el derecho a su salud integral.

Asimismo, el trabajo del Programa se encuentra respaldado por un amplio marco normativo como el Código Civil y Comercial de la Nación, la ley 26.529 de Derechos del paciente, la ley 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable, y la ley 26.150 de Educación Sexual Integral, entre otras.

A partir de la nueva gestión de gobierno iniciada en 2015, el Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia (PNSIA) pasó a formar parte de la La Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia de la actual Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación.

En el siguiente organigrama se puede observar dónde está ubicado el Programa en la estructura ministerial:



Actualmente, el Programa está a cargo del médico pediatra, Juan Carlos Escobar, egresado de la Universidad Nacional de Tucumán y especializado en adolescencia en el

Hospital Gutiérrez de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Como coordinador del Programa participó en el debate parlamentario a favor de la Interrupción Legal del Embarazo y se ha enunciado públicamente contra las múltiples violencias que sufren las niñas y adolescentes en el ejercicio de sus derechos sexuales.

A 10 años de la creación del PNSIA, el gobierno anunció que 23 de las 24 jurisdicciones del país cuentan con un Programa Provincial de Adolescencia, conformando la Red Nacional de Referentes en Adolescencia que comparte materiales para la comunidad y para lxs profesionalxs de la salud -todos publicados en su página web-; entre ellos, afiches, volantes y manuales principalmente de anticoncepción, embarazo y derechos de lxs adolescentes en relación al acceso a la salud. Muchos de estos materiales fueron diseñados y difundidos durante la gestión anterior de Gobierno en la que la cartera sanitaria nacional tenía rango de Ministerio.

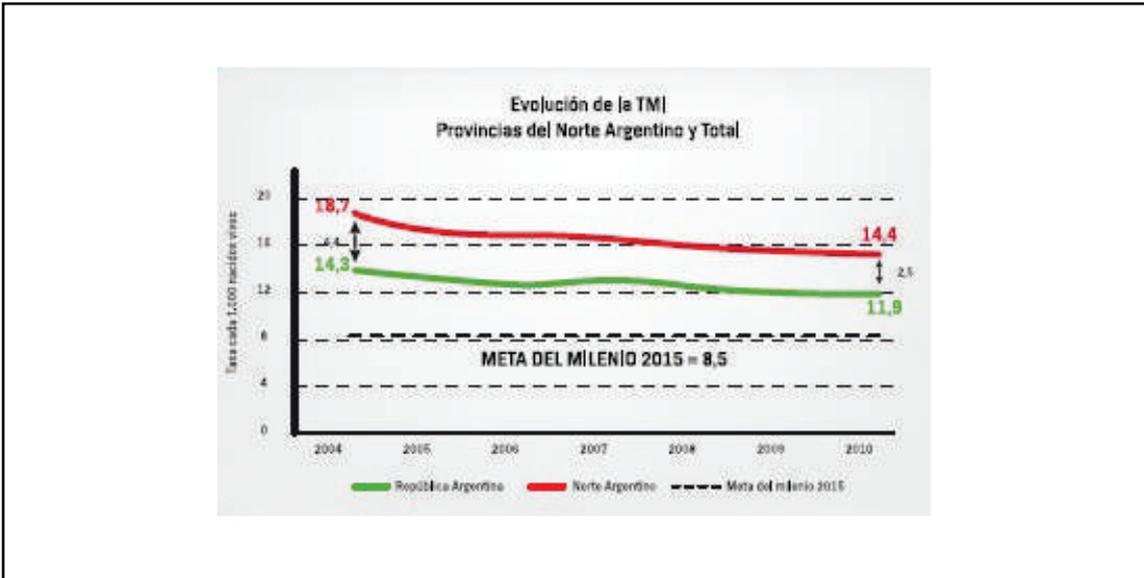
### **I.2.2. Plan Nacer y Programa SUMAR**

El PNSIA tuvo un gran impulso durante la ampliación del Plan Nacer que confluyó en la creación del Programa SUMAR en el 2012. Dicha ampliación, además de brindar cobertura a embarazadas y niñas hasta los 5 años -como ya lo hacía el Plan Nacer-, incorporó a niñas y adolescentes de 6 a 19 años y mujeres hasta los 64 años, que no tenían obra social. Su población objetivo significó un total de 10 millones de argentinx, de lxs cuales casi 4 millones correspondían a lxs adolescentes.

El Plan Nacer fue implementado en el 2005, ante los efectos de la crisis del 2001, que dejó como saldo el deterioro de los indicadores socioeconómicos -aumento del trabajo informal, el subempleo y el desempleo, incremento de la pobreza y de la desigualdad social- y los de salud en particular -morbi-mortalidad infantil y materna, entre otros- que, además, se vieron afectados por la pérdida de cobertura médica de gran parte de la población.

Dicho Plan se inició en el NEA y el NOA argentino por ser las jurisdicciones que presentaban los indicadores sociales y de salud más desfavorables. En el 2007 el Plan se extendió al resto de las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El Plan Nacer se propuso además como requisito de Asignación Universal por Hijo (AUH) y la Asignación por Embarazo (AxE) -políticas de inclusión- alcanzando una cobertura de más de 4 millones de mujeres embarazadas y niñas de hasta 5 años.

Producto de esto, entre el 2005 y el 2010, la Mortalidad Infantil se redujo un 17% en todo el país y un 24% en las provincias del Norte, y la brecha entre la Mortalidad Infantil del Norte y la Nacional disminuyó un 48% (MSAL, 2013).



Fuente: Ministerio de Salud de la Nación, 2013

En el 2012, esta cobertura de salud amplió su población a adolescentes hasta los 19 años y mujeres hasta los 64 años. En este marco, se multiplicaron las acciones de la cartera sanitaria nacional para brindar acceso a la población adolescente. Entre ellas, la creación de espacios diferenciados de atención integral a adolescentes y una importante investigación realizada a nivel nacional en convenio con la Facultad de Periodismo y Comunicación Social de la UNLP -de la cual formé parte-, a fin de identificar sentidos de lxs adolescentes con respecto a la salud y los servicios, así como lugares de participación e interés, para cercar esta población a los efectores.

### I.2.3. Espacios diferenciados y asesorías en escuelas

Uno de los grandes aportes a la salud pública fue la creación y multiplicación de espacios diferenciados para la atención integral de adolescentes. Esta política es un lineamiento internacional alentado por los organismos rectores de la salud a nivel mundial y regional a fin de generar nuevos vínculos con la población adolescente. Por este motivo, muchos países de la región -Chile, Uruguay, Ecuador, entre otros- han concretado la creación de espacios amigables que permitan atender la demanda y acercar a lxs adolescentes a los efectores de salud.

¿Por qué espacios diferenciados? En principio se debe aclarar que en términos epidemiológicos la adolescencia es un proceso en el que todas las enfermedades y comportamientos relacionados con la salud se vinculan tanto con la niñez como con la adultez. Es decir, se produce una transición de las enfermedades infecciosas a las afecciones no transmisibles vinculadas a hábitos y conductas. Por eso, en términos

médicos, este período es un momento único de la vida que requiere una atención distinta que el resto de la población.

Por otra parte, desde los organismos nacionales, regionales y mundiales se reconoce que los sistemas de salud generan una serie de obstáculos que son algunas de las causas por las cuales la población adolescente es la que menos contacto tiene con dicho sistema. Entre ellos, podemos reconocer que en la mayoría de los hospitales y salitas no se garantiza la confidencialidad, privacidad y autonomía de lxs adolescentes; los horarios de atención no son adecuados, las salas de espera son compartidas con adultxs lo que genera un grado de exposición de lxs adolescentes -sobre todo en localidades pequeñas-.

Muchas veces lxs profesionales consideran a lxs adolescentes incapaces de reconocer sus problemas o de seguir un tratamiento y asocian sus comportamientos a conductas de riesgo y falta de compromiso. Esta actitud de lxs profesionales toma formas de tutelaje o de recomendaciones morales. También, ante el temor a una denuncia, lxs trabajadores de salud exigen la presencia de unx adultx para realizar ciertas prácticas, pese a que la ley establezca lo contrario.

Ante esta situación, resulta indispensable la creación de equipos de trabajo y de espacios específicos en donde el personal conozca el marco jurídico que garantiza el derecho a la salud de lxs adolescentes, construya otros vínculos con la población que atiende y sepa priorizar los deseos de lxs usuarixs.

El marco jurídico de los espacios diferenciados tiene tres ejes rectores. El interés superior del niño: siempre se deberán priorizar los deseos y demandas de lxs adolescentes, por ante los de la familia y de lxs profesionales que intervengan en la práctica. La autonomía progresiva: el ejercicio de los derechos de lxs adolescentes es progresivo, en este sentido, se entiende que si se genera una demanda específica es porque se reconoce la capacidad de tomar esa decisión. La confidencialidad: toda la información relacionada con la consulta es privada -incluso para la familia- y debe haber consentimiento informado.

En Argentina, todavía son pocos los lugares donde se han desarrollado servicios diferenciados para la atención de adolescentes con estándares de calidad en atención integral. Entre toda la información recopilada se reconocieron 263 espacios que brindan atención a la población adolescente en toda la provincia de Buenos Aires, de los cuales, según el propio Ministerio de Salud de la provincia, ninguno cumple con los requisitos para ser considerado un Centro Amigable de salud para adolescentes. En cambio, se registran 18 Servicios Diferenciados para la atención de adolescentes, 10 Consultorios Diferenciados y 206 Consultorios No Diferenciados. La clasificación de los espacios queda establecida por los principios de la Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación (2018):

- Centro diferenciado: es un espacio físico independiente. Está diseñado específicamente para atender a adolescentes y sus acompañantes. Los horarios están adecuados a la disponibilidad del tiempo de lxs jóvenes. Se realizan talleres en sala de espera, consejerías y actividades culturales. Estos centros son prioritarios en localidades pequeñas porque permiten que lxs adultxs no compartan salas de espera o espacios comunes con ellxs.
- Servicio Diferenciado: Comparte la infraestructura con otros servicios de salud pero cuenta con ambientes exclusivos para adolescentes, con un horario diferenciado y una señalización adecuada para orientarlxs en su acceso.
- Consultorio diferenciado: Son profesionales que ofrecen atención integral de salud, dentro de su programación de consultas diarias en un consultorio específico para adolescentes.
- Profesionales capacitados: Si bien no existe un espacio físico diferenciado, profesionales específicamente capacitados brindan servicios a adolescentes.

Las cuatro modalidades tienen en común el respeto por la confidencialidad y autonomía de lxs adolescentes y pueden ser entendidas como una forma progresiva de organizar la prestación de servicios, que incorpora gradualmente acciones, de acuerdo con las necesidades de la población joven y los recursos disponibles de la institución o región.

Actualmente, el PNSIA se encuentra desarrollando junto al Ministerio de Educación, Cultura, Ciencia y Tecnología la implementación de asesorías de salud en las escuelas secundarias. Estas asesorías son espacios en donde se ofrece escucha activa y confidencial, orientación, información y derivación respecto a las demandas de salud de la población. Durante el 2015 se lanzó como proyecto piloto en instituciones escolares de seis provincias: Salta, Jujuy, Tucumán, Santiago del Estero, Neuquén y Chaco; y en el 2016 incluyeron las provincias de Córdoba, Misiones, Entre Ríos, San Luis, Corrientes, Tierra del Fuego, Mendoza, Catamarca y La Pampa. La provincia de Buenos Aires se encuentra en proceso de aplicación de dicho Plan.

#### **I.2.4. Plan Nacional de prevención de embarazo no intencional en la adolescencia**

Una de las principales preocupaciones de los servicios para adolescentes está vinculada a la salud sexual y las conductas de riesgo. En este sentido, además de la distribución de anticonceptivos y las consejerías de salud sexual, en el 2017 se lanzó el Plan Nacional de Prevención de Embarazo no Intencional en la Adolescencia (Plan ENIA). Bajo el lema “disfrutar sabiendo”, el Plan ENIA se enmarca en los objetivos de la Agenda de Desarrollo 2030 (ODS 1, 3 y 5) del actual Plan de Gobierno.

En Argentina la tasa de fecundidad adolescente supera la de Uruguay, la de Chile y la de Brasil. Por año cerca de 110 mil partos corresponden a mujeres menores de 20 años, incluyendo a 3 mil niñas de 10 a 14 años. Además, 7 de cada 10 adolescentes de entre 15 y 19 años reportan en el momento del posparto que ese embarazo no fue intencional (Secretaría de Gobierno de Salud, 2019).

Elegir cuándo, cómo y si se quiere ser madre, planificar la cantidad de hijxs que se quieren tener, son todos derechos sexuales que tienen las mujeres argentinas y, entre ellas, las adolescentes. En este sentido, vivir la sexualidad con plenitud, responsabilidad y libertad es uno de los desafíos que encuentra la cartera sanitaria para generar pedagogías de la sexualidad que promuevan la equidad y la no discriminación.

El Plan ENIA se basa en tres pilares: el acceso a la información y a la Educación Sexual Integral (ESI - Ley 26.150) para la toma de decisiones acerca de su sexualidad; el acceso a la salud y a la contención en el marco de las consejerías de los centros de salud, salitas y hospitales que brindan asesoramiento y atención diaria; y el acceso a los métodos anticonceptivos gratuitos, contemplados en la Ley de Salud Sexual (25.673).

Hasta el momento el Plan ENIA se ha implementado en doce provincias del país donde la tasa de embarazo adolescente es más alta: Buenos Aires, Entre Ríos, Corrientes, Formosa, Misiones, Chaco, Salta, Jujuy, San Juan, Catamarca, Santiago del Estero y Tucumán.

Para su implementación el programa cuenta con capacitaciones a asesores, consejerxs, docentes y personal de salud. Además de la detección y prevención de embarazos no deseados, el programa tiene por objetivo fortalecer políticas para la prevención del abuso, la violencia sexual y el acceso al aborto legal según causales establecidas en el Código Penal Argentino desde 1921.

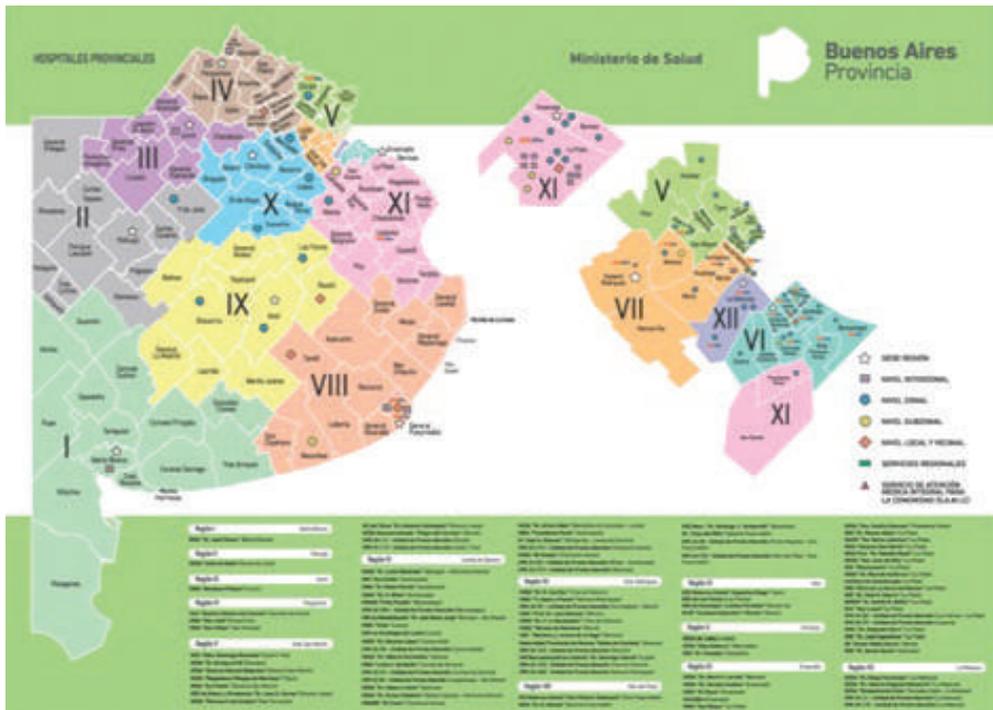
En el Resumen Ejecutivo “Niñas y adolescentes menores de 15 años embarazadas” presentado por en PNSIA en 2018 se señala que en Argentina los embarazos no intencionales ascienden al 83% en niñas menores de 15 años y al 58.9 % en adolescentes de 15 años y más. Esto responde a vulneraciones y carencias, en donde la mayoría de los embarazos son producto de violencia sexual, por lo general, de entornos cercanos. Asimismo, Escobar enfatizó que frente a esto, el aparato médico-judicial revictimiza a las adolescentes, protegiendo al varón abusador, y citó como ejemplo que del total de las denuncias de abuso sexual presentadas en Argentina, solo 1 de cada 10 termina en condena efectiva.

### I.3. Sistema de salud en la provincia de Buenos Aires

La pregunta por el discurso médico hegemónico reconoce, en principio, las formas de poder organizadas que rigen la salud para nuestras sociedades. En este marco, una breve descripción del organismo rector de la salud en la órbita de la provincia de Buenos Aires brindará un acercamiento al tema en discusión.

El ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires tiene a su cargo el funcionamiento de más de 2 mil efectores de salud que brindan atención a cerca de 17 millones de personas, y de los cuales 80 son hospitales provinciales que brindan servicios de complejidad. Para dar respuesta a esta demanda, el territorio de la provincia fue organizado en once regiones sanitarias:

Sede	Número	Municipios
<b>Bahía Blanca</b>	I	Adolfo Alsina, Adolfo González Chaves, Bahía Blanca, Coronel de Marina L. Rosales, Coronel Dorrego, Coronel Pringles, Coronel Suárez, Guaminí, Monte Hermoso, Patagones, Púan, Saavedra, Tornquist, Tres Arroyos, Villarino
<b>Pehuajó</b>	II	Carlos Casares, Carlos Tejedor, Daireaux, General Villegas, Hipólito Yrigoyen, 9 de Julio, Pehuajó, Pellegrini, Rivadavia, Salliqueló, Trenque Lauquen, Tres Lomas
<b>Junín</b>	III	Chacabuco, Florentino Ameghino, General Arenales, General Pinto, General Viamonte, Junín, Leandro N Alem, Lincoln
<b>Pergamino</b>	IV	Arrecifes, Baradero, Capitán Sarmiento, Carmen de Areco, Colón, Pergamino, Ramallo, Rojas, Salto, San Andrés de Giles, San Antonio de Areco, San Nicolás, San Pedro
<b>San Martín</b>	V	Campana, Escobar, Exaltación de la Cruz, General San Martín, José C Paz, Malvinas Argentinas, Pilar, San Fernando, San Isidro, San Miguel, Tigre, Vicente López, Zárate
<b>L. de Zamora</b>	VI	Almirante Brown, Avellaneda, Berazategui, Esteban Echeverría, Ezeiza, Florencio Varela, Lanús, Lomas de Zamora, Quilmes
<b>Merlo</b>	VII	General Las Heras, General Rodríguez, Hurlingham, Ituzaingó, Luján, Marcos Paz, Merlo, Moreno, Morón, Tres de Febrero,
<b>Gral Pueyrredón</b>	VIII	Ayacucho, Balcarce, General Alvarado, General Guido, General Juan Madariaga, General Lavalle, General Pueyrredón, La Costa, Lobería, Maipú, Mar Chiquita, Necochea, Pinamar, San Cayetano, Tandil, Villa Gesell
<b>Azul</b>	IX	Azul, Benito Juárez, Bolívar, General Alvear General La Madrid, Laprida, Las Flores, Olavarría, Rauch, Tapalqué
<b>Chivilcoy</b>	X	Alberti, Bragado, Chivilcoy, Lobos, Mercedes, Navarro, Roque Pérez, Saladillo, Suipacha, 25 de Mayo
<b>La Plata</b>	XI	Berisso, Brandsen, Cañuelas, Castelli, Chascomús, Dolores, Ensenada, General Belgrano, General Paz, La Plata, Magdalena, Monte, Pila, Presidente Perón, Punta Indio, San Vicente, Lezama, Tordillo
<b>La Matanza</b>	XII	La Matanza



Desde el 17 de julio de 2017 hasta la actualidad, el ministerio se encuentra a cargo del médico psiquiatra Andrés Scarsi, quien a sus 34 años cuenta con una larga trayectoria de gestión. Fue asesor del entonces ministro de Salud de la Ciudad, Jorge Lemus, de 2007 a 2011, año en el que asumió como Secretario de Planificación Sanitaria de la Ciudad (2011-2015). En febrero de 2017, fue designado secretario de Operaciones y Estrategias de Atención del ministerio de Salud de la Nación. Se desempeñó como jefe de Gabinete del ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Fue secretario de Salud del municipio de Lanús y director general de Desarrollo y Planeamiento Sanitario del ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Es egresado de la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES), una universidad privada que en su página inscribe su creación en la “crisis de la educación pública” (UCES, 2019).

Una de las políticas privilegiadas desde el comienzo de su gestión fue la instalación del Sistema de Atención Médica de Emergencias (SAME) en la provincia que actualmente, según datos del Ministerio de Salud provincial, se encuentra en funcionamiento en 89 municipios bonaerenses.

Desde la renuncia de Zulma Ortiz, ex ministra de salud bonaerense, la cartera sanitaria provincial ha sido objeto de debate en los medios de comunicación debido a la desorganización que la estructura ministerial presentó y que se tradujo en la falta de un rumbo político concreto en un área tan sensible para la sociedad como lo es la salud pública. Las denuncias trascendidas van desde el vaciamiento de políticas de formación profesional, la falta de recursos para la atención, entre los que figura el desabastecimiento de vacunas contra la meningitis, pasando por sobreprecio del gasto público, hasta denuncias de acoso laboral por parte de funcionarios del ministerio.

### **I.3.1. Provincia de Buenos Aires: la salud sexual en retroceso**

En octubre de 2017, la entonces ministra de Salud de la provincia de Buenos Aires, Zulma Ortiz, adhirió al protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo -conocido como Guía ILE-, elaborado por el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable del Ministerio de Salud de Nación en abril de 2015.

Sin embargo, días después, la gobernadora María Eugenia Vidal dio marcha atrás con la medida tomada por la funcionaria y dejó a la provincia de Buenos Aires regulada por la resolución 3146/2012, que si bien reglamenta el acceso a los abortos no punibles en la provincia, presenta múltiples barreras que habían sido superadas por la posterior normativa nacional, sobre todo aquellos lineamientos surgidos a partir del fallo F. A. L. de la Corte Suprema, que clarificó los alcances del artículo 86 del Código Penal, y señaló que no se deben exigir autorizaciones judiciales en ningún caso.

Luego de esta decisión política, la provincia de Buenos Aires pasó de convertirse en la octava provincia en adecuarse a los estándares establecidos por la Corte Suprema de Justicia de la Nación en 2012, a estar infringiendo la ley nacional y lo acordado por Argentina frente a los organismos de derechos humanos internacionales, entre ellos, el último dictamen de la Organización de las Naciones Unidas en materia de derechos en salud sexual.

El argumento de la gobernadora giró en torno a que la medida se había tomado solo con criterios sanitarios, y para hacerlo era necesario sostener un trabajo conjunto entre los ministerios de Trabajo y Justicia y la Secretaría de Niñez. Mediante estas operaciones de gobierno, el entramado de poder se vuelve sumamente complejo y se convierte -a partir de una excusa político/burocrática- en una red antiderechos. En este marco, Di Liscia aclara que:

Al demandar abortos no punibles, las mujeres deben dirigirse -inevitablemente- a diferentes actores, cuya concepción esencialista instituye una superposición identitaria, que se mantiene en gran parte de las instituciones sociales, se filtra en las concepciones de funcionarios/as, legisladores/as, médicos/as, jueces y juezas, en grupos confesionales y que, naturalizada, hace muy difícil -a veces imposible- el reconocimiento de la autonomía y la libertad sobre el cuerpo, la posibilidad de decidir y ejercer una ciudadanía igualitaria (Di Liscia, 2012: 68).

Así, la ministra de Salud se vio desautorizada en su toma de decisiones, los actores de presión institucional lograron frenar el acceso de las mujeres a sus derechos, y la situación provincial se retrotrajo a las vísperas del fallo F.A.L.

A diferencia de la resolución provincial de 2012, la Guía Técnica De Interrupción Legal del Embarazo del Ministerio de Salud de la Nación resulta progresista en tanto

resuelve obstáculos para el acceso al derecho a la interrupción legal del embarazo presentes en las normativas antecesoras. En este marco, otorga a niñas y adolescentes así como mujeres con discapacidad protagonismo en la decisión de interrupción legal del embarazo, reconociéndolas como sujetos de derecho.

Asimismo, la guía ILE indica la realización de consejerías en reducción de riesgos y daños a mujeres que transitaran un embarazo no deseado, pero que no se encuadraran en las causales para realizar una interrupción legal, para evitar situaciones de abortos inseguros y la consecuente mortalidad materna. También, la normativa nacional aclara la cláusula de objeción de conciencia estableciendo que la misma "no se traduzca en dilación, retardo o impedimento para el acceso", y explica que la objeción "es siempre individual y no institucional". Expresamente el protocolo señala que "la decisión de la mujer es incuestionable y no debe ser sometida por parte de las/los profesionales de la salud a juicios de valor derivados de sus consideraciones personales o religiosas".

A fines de 2016, la actual diputada nacional y ex senadora bonaerense, Mónica Macha presentó un proyecto de ley que intentaba implementar el protocolo nacional en la provincia. Dicho proyecto no logró llegar al recinto y fue archivado por caducidad. En marzo de 2018, las diputadas Florencia Saintout y Lucía Portos presentaron en el parlamento bonaerense un nuevo proyecto para regular el acceso a la interrupción legal del embarazo bajo el expediente 384/ 18-19. La propuesta aún debe ser evaluada por los legisladores en la comisión de salud.

A principios de 2017 Amnistía Internacional elaboró un informe con los datos proporcionados por algunos de los ministerios de Salud de las provincias argentinas, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y de Nación. En este marco, el Programa de Salud Sexual y Reproductiva de la Provincia de Buenos Aires informó que la cantidad de interrupciones legales del embarazo en el sistema de salud fue de 233 casos en el año 2013, 234 casos en el año 2014, ascendiendo a 612 casos durante el año 2015.

El ministerio provincial indicó que los datos recabados solo refieren a los casos que requirieron internación en hospitales del sistema público, es decir, los registrados como egresos hospitalarios por embarazo terminado en aborto, debido a que las prácticas ambulatorias se registran como consultas y no cuentan con esos datos. No se informó sobre los efectores de salud que realizan prácticas de interrupción legal del embarazo argumentando que esa información no se encuentra disponible; al igual que no existe registro sistematizado de las causales de interrupción legal del embarazo (Amnistía Internacional, 2017).

Aunque el diagnóstico pareciera indicar que la provincia necesita recabar más información acerca del aborto no punible como problema de salud, las decisiones políticas retrasaron dicho registro perpetuando leyes restrictivas que criminalizan,

obstaculizan y restringen el derecho de las mujeres a la interrupción legal del embarazo.

### **I.3.2. Red de consejerías**

Como se dejó expresado anteriormente, pese a los diferentes avances que se han dado en materia normativa, institucional y cultural, Argentina sigue vulnerando el derecho de las mujeres a decidir sobre su cuerpo y al goce de un buen estado de salud de forma integral. Criminalizar a las mujeres por el ejercicio de la interrupción del embarazo es una forma de violar los derechos sociales y humanos de las mujeres. La ONU ha instado a los países miembros a retirar las leyes restrictivas al aborto y a generar registros nacionales que permitan dimensionar este problema de salud pública.

Argentina es todavía un país en donde el aborto es penado y en aquellas situaciones en que la normativa nacional legaliza la interrupción del embarazo, el Estado aún continúa poniendo barreras, descuidando a las ciudadanas y negándoles sus derechos. El caso de la provincia de Buenos Aires resulta emblemático en este tipo de retrocesos y obstáculos presentes en la normativa y las decisiones políticas.

Ante este mapa de la violencia institucional hacia las mujeres, las agrupaciones feministas, las organizaciones no gubernamentales y los movimientos de derechos humanos han decidido incidir en lo que la ONU (2016) señala como “adoptar también medidas afirmativas para erradicar las barreras sociales en función de las normas o creencias que impiden a las personas de diferente edad y género, las mujeres, las niñas y los adolescentes el ejercicio autónomo de su derecho a la salud sexual y reproductiva” (:13).

En este sentido, surgieron en la comunidad, en los equipos de profesionales de la salud y en las redes de docentes, una serie de espacios de acompañamiento y difusión de información para la toma de decisiones en salud sexual.

En el año 2015, el parlamento provincial aprobó la creación de las Consejerías para la Reducción de Riesgos y Daños en Situaciones de Embarazos No Planificados mediante la ley 14.738, la cual significó la modificación de la ley 13.066 de creación del Programa de Salud Sexual y Reproductiva provincial.

Dicha ley establece a las consejerías como dispositivo de salud encargado de brindar un espacio de escucha, contención y asesoramiento a la mujer en situación de embarazo no planificado, basado en información legal, públicamente accesible y científicamente respaldada, orientada a la prevención de riesgos y daños por la práctica de abortos inseguros y al cuidado de la salud integral de la mujer.

La Ley también detalla las funciones que deben cumplir las consejerías en toda la provincia de Buenos Aires:

a) brindar acompañamiento en el cuidado de la salud de la mujer;

b) informar a la paciente sobre:

1-el derecho de confidencialidad, explicando el deber de confidencialidad por parte del profesional en relación a la consulta y a las decisiones que tome;

2-el derecho de las niñas y adolescentes a intervenir en los términos de la Ley 26.061 en la toma de decisión sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud;

3-el derecho a la autonomía personal, explicando que la decisión sobre qué hacer con la información que reciba es suya, y que la debe tomar sin presiones externas,

4-las alternativas existentes frente a una situación de embarazo no planificado;

5-los controles médicos requeridos durante el embarazo y los efectores de salud donde se prestan, en función de la decisión de la paciente;

6-el procedimiento para la concreta atención de los abortos no punibles y los efectores de salud donde se practica la interrupción legal del embarazo;

7-la prohibición legal del aborto fuera de las situaciones previstas en el artículo 86 del Código Penal;

8-los riesgos que conllevan las prácticas de abortos en condiciones inseguras;

9-las tecnologías apropiadas, accesibles y validadas científicamente según las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para la reducción de riesgos y daños causados por abortos inseguros;

10-los síntomas esperables en caso de producirse la interrupción de la gestación, los signos de alarma y la conducta a seguir para prevenir complicaciones a la salud y proteger el derecho a la vida de la paciente;

11-los métodos anticonceptivos y la forma de acceso a los mismos;

c) promover la eliminación de todas las barreras administrativas y fácticas que impidan el acceso efectivo de las mujeres a los servicios de atención integral de la salud sexual y reproductiva en función de las decisiones que tome cada paciente;

d) implementar campañas de información pública sobre los servicios de atención integral de la salud sexual y reproductiva que incluyan la concreta atención de los abortos no punibles;

e) implementar campañas de sensibilización y prevención para la reducción de riesgos y daños provocados por abortos en condiciones inseguras, en articulación con otros organismos del Estado y organizaciones de la sociedad civil, favoreciendo su conformación en redes comunitarias

Según el texto legislativo, las consejerías fueron creadas con el objetivo de reducir la morbimortalidad de mujeres gestantes por abortos inseguros y de prevenir la repitencia de embarazos no planificados, y su aplicación era para todos los centros de atención primaria de la salud y hospitales de la Provincia de Buenos Aires. En este sentido, datos del Ministerio de Salud de la Nación, señalan que en 2013 el 18% de las defunciones maternas en la provincia de Buenos Aires fueron causadas por abortos inseguros.

En Octubre de 2018, el Programa de Salud Sexual y Reproductiva, coordinado por María Julia Bruno Dapuetto, publicó un mapeo donde se consignan alrededor de 150 consejerías de diferentes regiones sanitarias que funcionan en el ámbito de la provincia. Desde el Programa se aclara que dicho relevamiento fue construido a base de comunicaciones telefónicas.

Por su parte, la Red de Profesionales por el Derecho a Decidir, que se desprende de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito, presentó un mapeo de 115 consejerías en diferentes zonas de la provincia de Buenos Aires, que tiene coincidencias y diferencias con el presentado por la provincia.

Sin embargo, el 27 de noviembre de 2018, la Campaña por el Aborto Legal, Seguro y Gratuito, en su primera actividad como regional provincial bonaerense presentó un informe denunciando obstáculos a la aplicación del Protocolo ILE en la provincia de Buenos Aires y al acceso de las mujeres y las disidencias bonaerenses a la salud sexual integral.

Entre las críticas realizadas al sistema de salud provincial se destacaron: resistencias por parte de las autoridades hospitalarias y salitas a la aplicación de consejerías de salud sexual; desconocimiento del marco legal y normativo, por parte de la mayoría de los efectores de salud, así como la violación de dichas leyes, normas y protocolos; falta de misoprostol -medicamento que se utiliza para abortos legales-, anticonceptivos, preservativos y otros recursos necesarios para el trabajo profesional; sobrecarga de trabajo a lxs trabajadorxs que realizan consejerías; violencia laboral y persecuciones políticas e ideológicas; no respuesta ante los embarazos de segundo trimestre que necesitan internación hospitalaria; y escasa capacitación y acceso a la Aspiración Manual Endouterina (AMEU).

Frente a estas denuncias, resulta pertinente recordar la recomendación que la ONU realiza a los Estados de “abstenerse de censurar, de retener o de tergiversar la información sobre la salud sexual y reproductiva o de penalizar su suministro, tanto entre el público como entre particulares. Esas restricciones impiden el acceso a la información y los servicios, y pueden alimentar el estigma y la discriminación” (CES-ONU, 2016: 11-12).

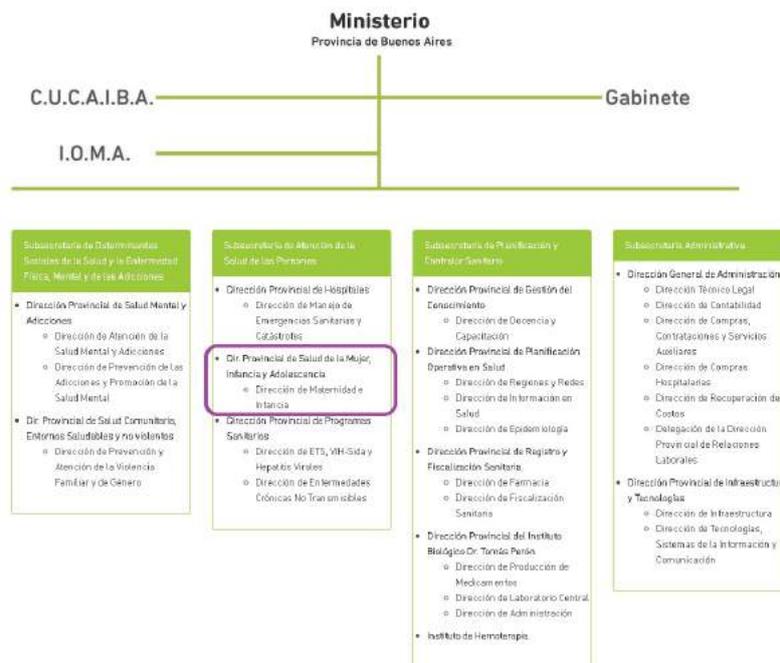
Esta aclaración toma cuerpo en un contexto nacional en el que se llevó adelante el primer juicio por aplicación del protocolo ILE<sup>1</sup> y en el que la marcha atrás en decisiones políticas generan un clima de miedo y de inseguridad entre lxs profesionales y las mujeres que acuden al sistema de salud.

En este sentido, resulta imprescindible que la agenda política renueve su compromiso con la vida y con la salud de las mujeres, y que permita la concreción de normativas que sean garantes de derechos asumidos por la Argentina a nivel internacional. La prevención de abortos inseguros y la consecuente mortalidad materna es una condición necesaria para toda política de Estado respetuosa de los derechos humanos y comprometida con la equidad de género.

### I.3.3. Adolescentes en la provincia

Según el último censo del INDEC (2010), en la provincia hay un total de 2.616.716 millones de adolescentes, de los cuales casi la mitad (1.145.747) no cuenta con ningún tipo de cobertura en salud. Del total, solo el 1,46% está inscripto en un programa o plan estatal de salud.

Actualmente, el Programa de Salud Integral en la Adolescencia provincial está a cargo de Andrea Pineda, psicóloga que estuvo anteriormente desempeñándose en el Programa de Salud Sexual y Reproductiva de la cartera sanitaria bonaerense.



<sup>1</sup> En 2017 se llevó a cabo en Chubut el juicio oral contra María Estrella Perramón por la muerte de Keyla Jones de 17 años. Este procedimiento fue denunciado por las organizaciones feministas y la Red de Profesionales por el Derecho a Decidir como un hecho de amedrentamiento y persecución a lxs trabajadorxs de salud que garantizan derechos sexuales.

Cabe mencionar que dicho Programa no tuvo siempre una referencia, ni se estuvo desarrollando activamente en los últimos años. En este marco, otros espacios del ministerio han realizado algunos aportes a pensar la salud adolescente en el marco de la provincia.

Según el Programa, existen 263 espacios que brindan atención a la población adolescente en toda la provincia de Buenos Aires, de los cuales, ninguno cumple con los requisitos para ser considerado un Centro Amigable de salud para adolescentes. En cambio, se registran 18 Servicios Diferenciados para la atención de adolescentes, 10 Consultorios diferenciados y 206 Consultorios no diferenciados. La clasificación de los espacios queda establecida por los principios de la Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación (2018). La gran mayoría de los centros de salud de atención primaria realizan consejerías y talleres para población adolescentes de diversas temáticas: adicciones, violencia, violencia de género, derechos en salud, salud sexual y reproductiva y embarazo adolescente.

En cuanto a la información pública actualizada sobre las adolescencias en la provincia, se puede señalar la Encuesta Provincial de Juventud, realizada en 2016 por Dirección Provincial de Estadística (DPE) bonaerense. Allí figuran algunos datos de salud con algunas especificidades en salud sexual y reproductiva, aunque toma como rango etario la franja de 15 a 29 años, no coincidiendo específicamente con el recorte poblacional de la OMS (10-19 años).

Esta encuesta, señala que aproximadamente el 82% de lxs jóvenes tuvo relaciones sexuales (83,2% en varones y 81,5% en mujeres), y que el 32% de lxs jóvenes tienen hijxs. Resulta significativo que al desagregar por sexo si estxs jóvenes mantienen una convivencia con sus hijxs, se observa que conviven el 42,2% de las mujeres (casi la totalidad de las mujeres con hijos) y sólo en el 16,3% de los varones (72,8% de los varones con hijxs).

En cuanto a la salud sexual, casi la totalidad de lxs jóvenes encuestadxs (97,6%) tiene conocimiento de los métodos anticonceptivos disponibles. La mayoría de los jóvenes usó algún método anticonceptivo en su primera relación sexual (81,8%). El método más usado entre los varones de todos los grupos etarios es el preservativo mientras el más usado por las mujeres son las pastillas anticonceptivas. El 21,6% de lxs jóvenes que tuvieron su primera relación sexual usaron la “pastilla del día después”.

Asimismo, el estudio revela que la principal fuente de consulta de los jóvenes acerca de este tema son las instituciones educativas (49,7%). La proporción de jóvenes que nunca consultó es baja (2,5%), con mayor participación relativa de los varones de mayor edad.

#### **I.4. Trayectoria de la autora**

Para dar cuenta de los debates presentes en las ciencias sociales acerca de este tema de investigación, así como para generar lecturas analíticas acerca de una problemática vigente, considero central aclarar algunos puntos de anclajes de mi mirada como investigadora, que lejos de invalidar las reflexiones, busca orientar a lxs lectorxs sobre la perspectiva desde la cual son abordadas.

En principio, me gustaría destacar que soy una mujer cis de 33 años, nacida en la ciudad de La Plata. Realicé una carrera de grado, Licenciatura en Comunicación Social, y me encuentro realizando dos carreras de posgrado: una Maestría en epidemiología, Gestión y Políticas de Salud en la UNLA, de la cual adeudo la tesis, y este Doctorado en Comunicación. Soy becaria de posgrado e investigación de la UNLP desde 2014. Dirijo el Observatorio de Comunicación, Estudios de Género y Movimientos Feministas de la Secretaría de Género de la Facultad de Periodismo y Comunicación Social- UNLP, y me formé en el ámbito del Instituto de Estudios Comunicacionales en Medios, Cultura y Poder Anibal Ford y el Observatorio de Jóvenes, Comunicación y Medios de la misma casa de estudios. Desde todos estos espacios de investigación se hace anclaje en una mirada colectiva de las ciencias sociales y se comparte una práctica en gestión universitaria y una experiencia política y militante.

También, soy profesora adjunta de la cátedra Comunicación, Territorios y Acción Colectiva de la Licenciatura en Comunicación Social (FPyCS-UNLP), doy clases de teología feminista en el seminario curricular Cristianismo Revolucionario, Política y Sociedad, y el Taller de Introducción a la Comunicación (curso de ingreso), en la misma casa de estudios. De igual manera, coordino el equipo docente del seminario curricular Derechos en clave de comunicación: Educación Sexual Integral y Aborto, de la FPyCS, el cual integra la Red de Cátedras en Universidades Públicas Nacionales de ESI y Derecho al Aborto (RUDA).

Asimismo, integro el Frente de Mujeres del Frente de Todxs La Plata desde hace varios años. Milité territorialmente con mujeres en un barrio de Los Hornos, en la UB La Patria es el Otro de la Cámpora. Formo parte de la Campaña por el Derecho al Aborto, Legal, Seguro y Gratuito y realizo consejerías y talleres sobre salud sexual en barrios, escuelas y de formación docente, en el marco del Espacio de Salud Sexual Integral de la Secretaría de Género-FPyCS. También, integro el Colectivo de Teología de la Liberación “Pichi Meisegeier” desde el 2011, donde comparto espacios de formación y reflexión con compañerxs reconocidxs en el ámbito de los estudios religiosos.

Por último, me gustaría aclarar que el interés por el campo de la salud se enmarca en el trabajo realizado durante 2011-2013 en el ámbito de la Dirección de Comunicación y Prensa del por entonces Ministerio de Salud de la Nación, y en 2013-2014 en las áreas de Capacitación y Adolescencia del Programa SUMAR del Ministerio de Salud de la

provincia de Buenos Aires. Ambas experiencias significaron un gran aporte a esta investigación tanto en el reconocimiento de las prácticas de gestión sanitaria como del territorio bonaerense y los efectores de salud.

Asimismo, mi trabajo en el área de Comunicación de la Comisión Provincial por la Memoria resulta un aporte significativo para pensar el derecho a la salud de las mujeres, las accesibilidades y las violencias.

Considero que todos estos espacios confluyen en las reflexiones que presento en este trabajo y que han servido para generar diálogos entre diferentes campos disciplinares, temáticos y espacios militantes, y complejizar así la mirada acerca de las prácticas sociales para la transformación.



## CAPÍTULO II



*Debates y combates acerca  
del problema de investigación*

## CAPÍTULO II: Debates y combates acerca del problema de investigación

### II.1. Estudios de género y sexualidad

#### II. 1.1. Presentación del campo de estudio

Los estudios de género y previo a estos, los estudios de la Mujer, han sido de interés del feminismo desde la década del '60. Nacen en Estados Unidos y Europa en un marco de denuncia de las desigualdades presentes en la sociedad bajo el argumento de las diferencias sexo-genéricas. Así, las principales preguntas que surgen de esta tradición de estudios se relacionan con los roles sociales, los derechos y su implementación efectiva, y los rituales de vida correspondientes a la configuración de un mundo binario con supremacía masculina.

En Argentina, los Estudios de Género comenzaron a desarrollarse algunos años después, y durante la última dictadura cívico-militar-clerical debieron llevarse adelante en espacios extra-académicos fuera de las universidades. Iniciada la década del '80, se incorporaron en las universidades, aunque de forma marginal, principalmente a través de la creación de centros, áreas o líneas de investigación y como estudios de posgrados. En 1993 la Universidad Nacional de Rosario fue la primera en Latinoamérica en tener una maestría de género (Tarducci & Daich, 2010).

Luego, las cuestiones de género fueron tratadas con mayor preponderancia en la academia pero recién en esta última década empezaron a multiplicarse los espacios de gestión dentro de las universidades abocados a la eliminación de estas desigualdades. La Secretaría de Género de la Facultad de Periodismo y Comunicación Social de la UNLP es la primera en crearse en el ámbito de la Universidad Pública.

Los Estudios de Género han proliferado también en diferentes corrientes de pensamiento y teorías explicativas de estas desigualdades que van desde los estudios tradicionales hasta nuevas epistemologías, teoría *queer*, estudios postcoloniales, de masculinidades, etc. Pese a esta gran diversidad, existen algunas discusiones vertebrales de dicho campo de estudios.

En primer lugar, podemos hacer referencia al género como categoría explicativa. La teórica feminista Linda Nicholson señala que las feministas anglófonas comenzaron a utilizar *gender* a finales de los '60 (Nicholson en Jaggar-Young, 1998). En castellano y otras lenguas latinas el uso de *gender* tiene una raíz no feminista y solo en los '80 comenzó a utilizarse en ese sentido por influencia norteamericana.

El término anglosajón *gender* no se corresponde totalmente con el español género: en inglés tiene una acepción que apunta directamente a los sexos (sea como accidente gramatical, sea como engendrar), mientras que en español se

refiere a la clase, especie o tipo a la que pertenecen las cosas, a un grupo taxonómico, a los artículos o mercancías que son objeto de comercio y a la tela. Decir en inglés “vamos a estudiar el género” lleva implícito que se trata de una cuestión relativa a los sexos; plantear lo mismo en español resulta críptico para los no iniciados: ¿se trata de estudiar qué género: un estilo literario, un género musical o una tela? En español la connotación de género como cuestión relativa a la construcción de lo masculino y lo femenino sólo se comprende en función del género gramatical, pero únicamente las personas que ya están en antecedentes del debate teórico al respecto lo comprenden como relación entre los sexos, o como simbolización o construcción cultural (Lamas, 1999: 10-11).

*El segundo sexo* (1949) de Simone de Beauvoir es una obra que puede pensarse como el inicio para problematizar sobre la dimensión de género. La filósofa francesa denunció la relevancia de los modos de socialización en la distinción biológica de mujeres y varones y marcó una clara oposición entre el sexo, en tanto dato biológico, y el género, entendido como sexo vivido y socioculturalmente construido. Ante la pregunta: ¿Qué es una mujer? (de Beauvoir, 1987), la autora responde que “La mujer no nace, se hace”; y convertirse en mujer se da en el marco de una dialéctica donde lo masculino se define por los privilegios que alcanza como sexo que mata y lo femenino como el sexo que da vida. Así, de Beauvoir pone de manifiesto que el poder atraviesa la psicología de los sexos: uno traba relaciones de dominio y agresión y el otro de cuidado y cooperación.

Esto remite que al nacer se nos es adjudicado un sexo, el cual estará determinado según aquello que los médicos puedan interpretar a través de nuestros órganos genitales externos al momento del nacimiento, e inclusive antes, desde las ecografías. A continuación, nuestra identidad será inscripta en un padrón nacional que clasifica a los sujetos en el binomio dominante masculino-femenino.

A través de esta asignación comenzarán a ser construidas infinitas relaciones de poder a partir de estatutos cristalizados, actualizados y reproducidos mediante las instituciones científicas, estatales y socioculturales. En este marco, de las mujeres se esperará que:

Aun siendo niñas, sean delicadas y obedientes, y que durante su adultez se casen, tengan hijos y asuman la mayoría de los quehaceres domésticos, inclusive la maternidad (...) Estas responsabilidades se van internalizando desde la niñez, a través de los juguetes destinados a las niñas: muñecas (que en el juego cumplen el rol de hijos), cochecitos, como también artefactos y otros objetos de la casa, como cocinas, escobas, planchas, etcétera (Faur, 2003:32).

Por el contrario, desde la primera infancia, los entretenimientos dominantes de los varones serán las armas, la violencia y la heroicidad. De ellos, por lo general se esperará que sean fuertes, activos, que no demuestren temores y que sean capaces de tomar decisiones en todo momento. Al mismo tiempo, deberán ser el sustento económico de la familia, no así el sustento afectivo en la crianza (Faur: 2003).

Judith Butler, retoma esta primera propuesta de Beauvoir y hace una apuesta mayor: todo es cultural; no existe el dato biológico. “El género en disputa” (1990) es su mejor exposición sobre esta afirmación, en donde sostiene que el sexo es algo culturalmente construido, oponiéndose a todos los discursos que lo postulan como “lo natural”. Butler retoma la idea foucaultiana de que no hay dos elementos que puedan distinguirse: el sexo como lo biológico y el género como lo construido. Lo que hay son cuerpos construidos culturalmente. A partir de que cualquier acercamiento al sexo se realiza desde y la cultura como marco de interpretación, no habría posibilidad de un sexo natural. Al conceptualizarlo, ya lo hacemos desde unos parámetros culturales determinados, con lo cual no es posible distinguir sexo y género.

El sexo binario no es lo que las personas dicen ser o tener, ni es pre-discursivo, anterior e independiente de la cultura. Por tanto, tampoco es políticamente neutro, sino precisamente su resultado. Butler señala que las teóricas feministas que sostiene que el género es una interpretación cultural del sexo se equivocan, porque el sexo mismo ya es una construcción, no una determinación social. La autora utiliza de manera alternativa sexo o género o sexo/género como si fuera un continuo. Así, Butler interpreta el binarismo sexual y la codificación del deseo como condiciones de posibilidad de la inteligibilidad Occidental, y las rechaza.

Butler define al género como un modo contemporáneo de organización de las normas culturales pasadas y futuras, un modo de situarse uno mismo con respecto a esas normas y al cuerpo, para finalmente definir al género como un estilo activo de vivir el propio cuerpo en el mundo (Femenías, 2012: 33).

En este mismo sentido, Teresa de Laurentis en su libro *La tecnología del género* muestra como el género no es una propiedad previa de los cuerpos, sino “el conjunto de efectos producidos en los cuerpos, los comportamientos y las relaciones sociales, en palabras de Foucault, por el despliegue de una tecnología política compleja” (1989:3).

Por su parte, la antropóloga estadounidense Gayle Rubin define al sistema sexo/género como “el conjunto de arreglos a partir de los cuales una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana” (1986: 97). En ese mismo sentido, advierte que el sistema sexo-género indica que “la opresión no es inevitable, sino que es producto de las relaciones sociales específicas que lo organizan” (1986: 105).

Estas reflexiones acerca del género como normalizador de unas prácticas y rituales culturales, introduce la pregunta por el poder, que es un concepto que aparece en todas las discusiones de género, en tanto que el poder instituye y transforma.

La española Celia Amorós reconoce en Simone de Beauvoir una nueva genealogía femenina (Amorós, 2002), en la medida de que la filósofa francesa examinó y criticó la

ciencia y la cultura, es decir, tuvo una relación genealógica con su pasado y, también, logró articular su legado: se la reconoce como el punto de referencia al que las feministas posteriores necesariamente se remiten. De todas formas, también se deben reconocer experiencias previas como por ejemplo Christin de Pizán (1405) o Juana Inés de la Cruz (1685), en las que las mujeres daban batalla al sentido opresivo de una época.

Beauvoir en sus escritos se pregunta sobre cómo influyó en ella ser mujer. En esa reflexión entiende que el concepto de propiedad privada no explica la situación de las mujeres, puesto que en otras experiencias de organización social, como el marxismo, la opresión sexo-genérica sigue presente. En este sentido, se pregunta por la opresión original de la conciencia humana a la dominación de lx otrx y en ese marco es que reconoce que nadie puede situarse más allá de su sexo (Bauvoir, 1976).

Del feminismo postbeauvoriano se desprenden dos grandes líneas: el feminismo de la igualdad y el feminismo de la diferencia. Las defensoras de la igualdad, quienes sostienen la necesidad de formar parte activa de la humanidad y ser reconocida como tal, defendiendo el proceso agencial de las mujeres de su propia historia. En ese sentido, debemos constituirnos en sujetos y disputar el espacio de la legitimación. Y las feministas de la diferencia, que por el contrario, basadas en Friedrich Nietzsche, sostienen que debemos renunciar a la operación de legitimación genealógica a fin de escapar de los términos de la dialéctica (Femenías, 2012).

El feminismo de la igualdad se puede resumir en el constante reclamo de y para las mujeres de los derechos reconocidos para los varones, ya que la reivindicación de la diferencia cobra sentido solamente cuando se tiene asegurado el reconocimiento básico y legítimo de la igualdad. En definitiva lo que se reclama es el derecho a ser sujeto.

En este sentido, como señala Rita Felski (1999) la igualdad funciona como un anclaje necesario para evidenciar y criticar las desigualdades presentes en el patriarcado y en el imperialismo. En su libro *Sujeto y Género*, María Luisa Femenías hace un recorrido por estas discusiones y señala que:

Esto significa, por un lado, que la igualdad debe ir de la mano de la justicia y, por otro, que ni supone la homologación de las diferencias materiales, ni la identidad, ni, por cierto, la ignorancia de la debilidad y de la fortaleza implícitas en el propio principio, que vacío de todo contenido, no precisa su alcance (Femenías, 2012: 172).

Es decir, que la igualdad no es comprendida como condición suficiente pero sí necesaria para garantizar derechos de la propia persona y de la determinación del propio cuerpo.

Por su parte, las feministas de la diferencia sostienen que hay que elaborar un nuevo orden simbólico, porque se parte de una diferencia originaria que Jacques Derrida denominó la *différance*. Algunas de sus exponentes son Monique Wittig, Hélène Cixous y Luce Irigaray, Susan Bordo, Luisa Muraro.

El feminismo de la diferencia sexual sostiene que el denominado feminismo de la igualdad solo entiende lo otro beauvoiriano en términos de lo mismo; es decir, en la homologación al modelo normativo del varón (...) Si los términos de ciudadanía han sido definidos por los varones, acceder a lo otro desde lo mismo es tan solo un modo de mimetización, con la consiguiente pérdida de la propia especificidad. Quienes aceptan esta dialéctica, se niegan a examinar las categorías mismas del pensamiento que son masculinas, y, por ende, mantienen a las mujeres en la inmanencia. A juicio de Irigaray, perseguir la “política de la igualdad” implica aceptar “estar detrás”, “ser segunda”, por eso las demandas de la igualdad se acomodan bien al patriarcado sin que socaven sus bases. Se debe, en cambio, buscar más allá de los polos de la dialéctica tradicional, más allá de la igualdad, de la subjetividad y de la ciudadanía normativas; se debe indagar a una diferencia que sea realmente Otra de lo otro, y que no adolezca por tanto de falogocentrismo. Es necesario, entonces, des-cubrir esa diferencia fundante, porque la filosofía, la ciencia y la religión, solo la ocultan sin cesar (Femenías, 2012: 95-96).

Por tanto, las feministas de la diferencia sostienen que no se debe confrontar con el adversario a través de sus propias reglas del juego sino que se debe romper la hegemonía de la narrativa masculina, no solo en términos de contenido sino también de forma, y dejar que el inconsciente aflore. Esto explica la complejidad que revisten algunas lecturas planteadas desde la diferencia.

En este marco, se deja entrever que la gran discusión de fondo entre las feministas de la igualdad y de la diferencia reviste en el carácter de la universalidad y la inconmensurabilidad de lo social. La lucha política y la lucha filosófica encuentran aquí un punto de conflicto.

Celia Amorós, una de las teóricas feministas más influyentes del habla castellana, define al feminismo como la lucha por la igualdad de los hombres y las mujeres en tanto seres humanos. Esta igualdad debe entenderse de manera formal, como equidad y fuente reivindicativa de legítimos derechos. Esta concepción de igualdad reviste una articulación activa con el movimiento humanista.

El feminismo fue una radicalización de la ilustración. Es decir, si se pidió la igualdad, si se pidió lo que Amelia Valcarcel llama iconos horizontales, las mujeres piden que por la misma regla de tres se les aplique a ellas en los mismo términos (...) Ya lo decía Simone de Beauvoir, cuando las mujeres queremos ser simplemente seres humanos se nos dicen que queremos ser hombres porque el varón ha acaparado lo genéricamente humano. (...) El feminismo es en su entraña misma vindicación (Amorós, 2017).

En este sentido, feminismo de la igualdad y la diferencia son una falsa antinomia, ya que lo opuesto a la igualdad es la desigualdad y no la diferencia. La concepción patriarcal consiste en entender que ambas son incompatibles.

Comprender con claridad la interconexión de ambas posiciones y la necesidad de presuponer un marco de legalidad igualitarista (que no dudo imperfecto), nos ahorraría, en principio, debates estériles y enfrentamientos inútiles entre las defensoras de las diversas teorías feministas. Si la igualdad apunta a lo formal, la diferencia se apoya en la materialidad y ambas corrientes tienen mucho que aportar (Femenías, 2012: 176).

Otra de las corrientes feministas más reconocidas es la del feminismo radical, que con gran influencia de la Escuela de Frankfurt, entiende que las mujeres como clase biológica sufren la opresión sexual en relación a los varones. Una de las autoras clave de esta corriente y en el feminismo contemporáneo es la escritora estadounidense Kate Millet, quien participó en los movimientos emancipatorios de la década del '60. Su material de análisis fue la obra literaria de vanguardistas y transgresores, y allí analiza cómo se reproducen los discursos sexistas, incluso en estos ámbitos de liberación.

Millet es la primera en conceptualizar el patriarcado como sistema de dominación universal. En su obra *Política Sexual* (1968) realiza un estudio sobre las vinculaciones entre la diferencia sexual y las relaciones de poder, donde describe al patriarcado como constructo político legitimador del orden social:

Uno de sus métodos de control más eficaces radica en sus expeditivas doctrinas relativas a la naturaleza y al origen de la mujer, y en la tal proyección sobre esta de los peligros y prejuicios que atribuye a la sexualidad (Millet, 1968:69).

A partir de ese entonces, la relación entre los sexos será conceptualizada como una trama vincular de dominación y de subordinación.

A fines del siglo XIX, surge dentro de los Estudios de Género el feminismo poscolonial que critica a las teóricas feministas de los países desarrollados, evidenciando las tendencias universalizadoras, bajo el argumento de que las mujeres que viven en países no occidentales son analizadas desde un lugar ajeno a sus vidas, bajo la inferiorización y marginalidad de las diferencias étnicas, religiosas y económicas de millones de mujeres. En consecuencia, el feminismo poscolonial sostiene que la visión negativa de la diferencia obedece a los preconceptos occidentales colonialistas que se han desarrollado a lo largo de más de 500 años de dominación.

El feminismo postcolonial tiende a afirmar como irreductible y particular la compleja diversidad que caracteriza la vida de las mujeres no occidentales. Concluye, además, que la política feminista occidental fetichiza las diferencias culturales, preordenándolas según categorías occidentales en respuesta a la lógica de lo mismo (Femenías, 2012: 151).

Desde una perspectiva etnocéntrica, el feminismo poscolonial destaca la necesidad ética, política y académica de circunscribir los análisis a un lugar y momento histórico y cultural. En este sentido, se opone no solamente a las narrativas hegemónicas de los varones sino al feminismo hegemónico del primer mundo. Una de las grandes exponentes de esta corriente feminista es la teórica india Chandra Talpade Mohanty, quien publicó en 1984 el libro *Bajo los ojos de Occidente*.

Esta denuncia también viene anclada con las formas de entender a la globalización desde los estudios feministas: ¿Qué sucede con el territorio, las desigualdades y los accesos? Pese a las miradas más románticas de la globalización, el análisis concluyente de las desigualdades sociales y, particularmente, las sexo-genéricas muestran que este fenómeno lejos de homologar las experiencias, profundiza las diferencias, generando mapas de exclusión y marginalidad que se traducen en múltiples violencias como los feminicidios masivos y los sistemas de impunidad que sostienen la desaparición y trata de mujeres, adolescentes y niñas.

En los últimos años numerosas investigaciones empíricas muestran claramente que aun hoy las mujeres ocupan mayoritariamente posiciones periféricas en las estructuras sociopolíticas y económicas de las naciones a las que pertenecen. Pero, aunque se observan desigualdades de género tanto en Europa como en América del Norte, las desventajas relativas de las mujeres de los países pobres son más agudas. En efecto, en ese conglomerado heterogéneo de países y culturas, definidos a veces por su condición económica periférica como tercer mundo, las mujeres soportan inequidades incluso más profundas en sus posibilidades de vida (Femenías, 2012: 147)

Por otro parte, se debe reconocer que gran parte del debate acerca de los cuerpos y las sexualidades es encarnada por referentes de la Teoría *Queer*, desde la cual se cuestionan postulados presentados como inobjetable tanto hacia el interior como al exterior de los Estudios de Género y movimientos feministas. La palabra *queer* surge como un insulto, hasta que a fines de los '80 es resignificada por un movimiento estadounidense que se apropia de esa denominación, como espacio de lucha política.

Desde allí se cuestionaron las categorías "homosexual", "gay" y "lesbiana" como señalamiento de las "anomalías" de un sistema heterocompulsivo. La expresión "teoría queer" fue introducida en 1990 por Teresa de Lauretis, y adoptada rápidamente por otrxs referentes como Gloria Anzaldúa, Eve Kosofsky Sedgwick, Judith Butler, Michael Warner, José Esteban Muñoz y Paul Preciado.

Por último, pese a no ser objeto específico de esta investigación, cabe destacar los múltiples estudios que han proliferado actualmente en la academia acerca de las masculinidades. Algunas perspectivas teóricas (Viveros Vigoya, 2011) evidencian las resistencias masculinas al cambio social y las luchas que libran actualmente los varones por mantener y consolidar su dominación sobre las mujeres. Así han surgido en la

historia reciente *movimientos de varones* que exaltan las diferencias tradicionales y hegemónicas, reivindicando las conductas *machistas* y ubicando al resto de las prácticas como desviadas (Pagés, 2004).

Sin embargo, las nuevas preguntas que surgen en la academia tienen que ver con otra forma de concebir las masculinidades por fuera de los estereotipos hegemónicos. Las investigaciones llevadas a cabo por John Stuart Mill muestran cómo los hombres han sido educados desde la *pedagogía del privilegio* y que por lo tanto se han limitado a ejercer el poder en unas estructuras binarias basadas en la supremacía de lo masculino por lo femenino. Asimismo, agrega que esta pedagogía pudo darse y materializarse con el respaldo de los ordenamientos jurídicos y desde la identificación de lo universal con lo masculino (Mill, 1869).

Estas rupturas teóricas iniciales, en diálogo con la multiplicidad de luchas y movimientos culturales y políticos de las últimas décadas, se actualizan en función de las continuidades y transformaciones que forman parte de los debates contemporáneos.

En este sentido, se reconoce una tradición académica acerca del género, la violencia y las sexualidades que en la actualidad ha cobrado peso en las investigaciones de las universidades públicas en correlato a una coyuntura mundial que exige un mundo más libre e igualitario. En los últimos años han proliferado los estudios de género en las facultades de comunicación desde la perspectiva de los estudios culturales y desde las prácticas y construcciones de sentido. El acceso a nuevas tecnologías, el análisis de las masculinidades, las representaciones de las disidencias sexuales en los medios, los movimientos de mujeres y los sentidos interpelados en torno al género y al sistema patriarcal, el análisis de las políticas públicas con perspectiva de género y las estrategias de comunicación, son algunos de los tópicos abordados.

## **II. 1.2. Hacia la construcción de las mujeres**

Simone de Beauvoir reflexiona en sus escritos que “no se nace mujer, se llega a serlo”, instaurando así la pregunta por los rituales, las prácticas cotidianas, los roles y las formas en que se instauran los modos de constituirse como una mujer. En este sentido, rechaza la idea biologicista que reduce a las mujeres a su mera condición de hembra y señala que es en la cultura en donde se encuentran los mecanismos de constitución de las identidades.

Por este motivo, Beauvoir entiende que el sujeto ni es absoluto ni tiene libertad absoluta: se trata de un sujeto social en interacción con otros sujetos, en parte intrínsecamente libre, en parte socialmente construido y limitado (Femenías, 2012).

A partir del desocultamiento del sistema patriarcal que opera en la misma construcción de saberes y en las formas de narrar el mundo en masculino, Beauvoir

entiende que el único sexo marcado es el femenino: son las mujeres las que se constituyen como la otredad, no como forma ontológica, sino como desigualdad frente a la construcción de un sujeto privilegiado: el hombre.

Estas discusiones sobre la mujer como categoría identitaria, el sujeto y su construcción ontológica, y el androcentrismo de la filosofía y las ciencias, trae un debate que excede a los Estudios de Género y que, pese a esto, resulta intrínseco del intercambio feminista: la contraposición de la modernidad y la posmodernidad como paradigmas explicativos.

Esta disputa se ve, por ejemplo, entre Beauvoir y Butler: la primera considera que las mujeres deben pelear por ser sujetos, y que su concreción se realiza a través de sus proyectos como una trascendencia (Beauvoir, 1976); por el contrario, la segunda propone desontologizar al sujeto masculino y construir una agencia no-subjetiva (Butler, 2007).

La pregunta central entonces es: ¿Qué hacer con un sujeto que nace de las entrañas de un mundo en masculino?

Algunas feministas ligadas al pensamiento moderno, comprenden que el sujeto es el principal actor de la transformación social y, por lo tanto, lo que se debe hacer es construir un nuevo sujeto que dispute con el orden patriarcal. Estas teóricas señalan que el debilitamiento del sujeto, a partir de la configuración de un “yo emergente” o “pulverizado” no beneficia la causa de las mujeres debido a que niega el sujeto oprimido, y por consiguiente las estrategias para su liberación. En consecuencia, su negación atenta contra la causa misma de su emancipación (Femenías, 2012: 42).

Por su parte, las feministas posmodernas denuncian abiertamente el sesgo sexista de la modernidad y la ilustración a partir de la construcción de la racionalidad como el mundo masculino. Así, la posmodernidad desafía los grandes mitos de la ilustración: sujeto estable, el conocimiento racional del mundo, y el reconocimiento del sentido general de la historia (Molina Petit, 1994). ¿Si el mundo y la historia siempre fueron masculinos, por qué disputar el relato con las mismas categorías?

Las mujeres siempre han sido esta otredad de la narrativa, apareciendo como una construcción objetual vinculada al mal, el peligro, la sentimentalidad y todos los principios no rectores del orden social. Es decir, las mujeres fueron excluidas de la categoría sujeto e históricamente invisibilizadas, porque son los saberes los que construyen al sujeto como tal, y por lo tanto sujeto-saber-poder constituye una sola trama. Las mujeres siempre fueron narradas por otra voz, fueron construidas como objetos -de las ciencias, la política y la historia- y fueron nombradas como la otredad, que es, al mismo tiempo, la base de la construcción del miedo.

Entonces, la pregunta es cómo se impulsa la agencia, la autonomía y la visibilidad de las mujeres ante dos grandes problemas: un sujeto ontológicamente masculino o la disolución misma del sujeto hacia una variable impersonal emergente (Femenías, 2012).

En esta misma línea, se da un debate fundamental: ¿Tiene el feminismo un sujeto propio? Muchas feministas concuerdan en que hay una categoría: las mujeres, quienes constituyen el sujeto colectivo que el feminismo viene a representar. Pero otras, entre ellas Butler, cuestionan la noción misma de mujeres, debido a que la consideran tan normativa y prescriptiva como los conceptos de sujeto o de género.

El problema es que el rechazo del sujeto desconoce la historización y la identidad como categorías fundamentales, sobre todo en los movimientos políticos y sociales. En este sentido, Celia Amorós señala que “el hecho mismo del feminismo impugna la muerte del sujeto” (1999: 348), de lo contrario se atomiza la lucha de las mujeres y sirve únicamente a grupos de elite. Asimismo, reconoce que la mayoría de los escritos feministas presuponen un sujeto detrás de una acción.

El problema surge al comprender que el sujeto-poder es creado y creador del sistema patriarcal. Esto implica que no basta con la deconstrucción de un sujeto hegemónico, sino que deben modificarse las condiciones de emergencia de un nuevo sujeto en la trama del poder.

Ante esta situación, María Luisa Femenías se pregunta:

¿No será acaso mayor transgresión ocupar el lugar prohibido, el lugar del sujeto, el punto de inflexión que hace de la resistencia el espacio del que emergerá el reconocimiento a un sujeto-mujer político, ético, filosófico, legal, de derechos y de necesidades? (Femenías, 2012: 62).

En este sentido, Femenías propone pasar de la marginalidad a la hegemonía, a fin de lograr un constructo no sexista del sujeto e instala una reflexión a partir del pensamiento de Celia Amorós: “ahora que las mujeres devienen sujeto, el sujeto se devalúa. La pregunta es por qué” (Femenías, 2012, p. 63).

Volviendo a la frase inicial de Simone de Beauvoir, “no se nace mujer, se llega a serlo”, se puede preguntar: ¿Qué significa llegar a ser una mujer? ¿Cuáles son las cualidades distintivas que presentan/construyen las mujeres?

Allí, es donde Butler indica que el hecho de llegar a ser mujer, esconde una interpretación cultural del cuerpo en tanto hembra, el cual para ella es en verdad un locus arbitrario del ser mujer. Por tanto, discute con Beauvoir la concepción de mujeres bajo el imaginario de una unidad de significado esencial.

La noción de un sujeto-mujer tal como se la suele utilizar, depende de otros tantos supuestos, que Butler enuncia retóricamente: ¿hay algo entre las mujeres

que preexista a su propia opresión o, por el contrario, son mujeres solo en tanto que tal opresión? ¿Existe una especificidad en la cultura de las mujeres que sea independiente en su subordinación de las culturas hegemónicas masculinas? Si existen estas especificidades culturales, ¿están construidas en contra de la cultura dominante o no? Por el contrario, si existen especificidades femeninas de modo independiente ¿quedan recogidas en el universal mujer? ¿cómo? Más aún, el sistema binario femenino/masculino ¿es el único marco en el que las especificidades pueden reconocerse, descontextualizándolas de la raza, la etnia, la clase u otro eje de poder? Si Butler puede formular estas preguntas es porque para ella la cultura femenina se basa en una concepción arbitraria del dimorfismo sexual ontologizado, excluyente, base de la identidad (Femenías, 2012: 119).

Desde este punto de vista, la identidad de las mujeres no es más que el producto de una construcción de la narrativa masculina del mundo. Esta lectura de Judith Butler se relaciona con el desarrollo de su teoría acerca del dimorfismo sexual originario como principio de la intelegibilidad occidental, el cual representa una matriz de heterosexualidad compulsiva que es normativa y no reconoce el objetivo performativo del género sobre el sexo.

Pero esa misma lógica de pensamiento se topa con una limitante: las condiciones de emergencias tampoco son absolutas. Es decir, el poder construye subjetividades al mismo tiempo que son los sujetos quienes ejercen el poder. Es una elipse que desplaza cualquier determinismo previo, como manera de simplificar la complejidad de lo contingente.

En este sentido, Celia Amorós (1987), en su pregunta por el correlato semántico, el estatuto onto-epistemológico y sus derivaciones teórico-políticas acerca de las femineidades exhibe la complejidad del asunto: No hay manera de ver la femineidad como constructo conjunto, porque la inclusión total de la categoría es un imposible, en efecto, solo se pueden ver mujeres (cada una con su particularidad). Sin embargo, esto no impide a la vez afirmar que existe un sistema de dominación masculino-patriarcal, o androcéntrico, contra el que éticamente debemos luchar porque es injusto (Femenías, 2012: 70).

### **II. 1.3. Ciudadanía y soberanía: el contrato sexual**

Muchas feministas contemporáneas consideran que el movimiento latinoamericano de mujeres se configura frente a la necesidad de ejercicio de ciudadanía de las mujeres quienes todavía encuentran sus deseos y derechos mediados por las voluntades de los hombres.

Este tipo de pensamientos forman parte de las reflexiones acerca del contractualismo, que pone el foco sobre los estudios acerca de los orígenes de la sociedad y el desarrollo del Estado. Es en base a esta corriente que la feminista británica, Carole Pateman, denuncia explícitamente que detrás del Contrato Social, existe originariamente un Contrato Sexual, por medio del cual los hombres toman potestad

de las decisiones de las mujeres, sus cónyuges, y que ese contrato ha sido invisibilizado a fin de esconder la sumisión de las mujeres a las decisiones del patriarcado.

La exclusión de las mujeres del pacto originario toma el aspecto de una delegación representativa en la figura de sus esposos, lo que antepone la sociedad conyugal a la firma del Pacto Social (Pateman, 1995: 58).

El derecho conyugal es siempre masculino e implica el derecho de acceso al cuerpo de las mujeres (Pateman, 1995: 123).

En este sentido, Pateman denuncia que las mujeres lejos de ser concebidas como sujetos, son objetos del contrato. En efecto, el Contrato Sexual como historia de dominación de las mujeres se presenta como la contracara del Contrato Social, como relato de libertad de los hombres (Femenías, 2012).

Esta conclusión implica que el orden social vigente considera a las mujeres objeto de subordinación, por lo que cualquier organización o transformación generada por los movimientos de mujeres inciden en el corazón del proyecto de dominación del sistema patriarcal y por lo tanto somos nombradas como el “mal” -como señala la teóloga feminista Ivone Gebara (2002)-, una constante amenaza a la realización del mundo machista, androcéntrico y occidental.

Es por ello, que la configuración de los ámbitos públicos y privados es estrictamente política e histórica, y por lo tanto arbitraria. Las mujeres han evidenciado que la dicotomía público/ privado presuponía que eran ámbitos gobernados por distintos principios: el ámbito público era el concebido como el de la igualdad y el privado como el construido hacia el interior de cada familia cuyo *pater* era el poder legitimado.

Por consiguiente, el discurso de la familia construyó a las mujeres como sujetos domésticos, trabajadoras del ámbito privado, del cual tampoco eran dueñas, sino que estaban a merced de sus maridos. Lejos quedaba entonces la promesa de la ciudadanía y el derecho, que la ilustración había traído consigo (Armstrong, 1991).

Así, el espacio público era el espacio de la igualdad social de hombres con hombres, escindido de cada hogar en donde los hombres tenían ejercían poder de dominio sobre sus familias. Esto se creía que formaba parte de lógicas separadas, en donde lo que pasaba en cada casa, quedaba en cada casa, sin tener ningún tipo de consecuencias en el ámbito social compartido.

Sin embargo, hace más de un siglo atrás, las feministas denunciaron que esos principios rectores que dividían taxativamente un espacio del otro, mediante una operación ideológica invisibilizaban las desigualdades socialmente construidas; y configuraba imaginariamente un espacio público a-histórico, universal, neutral y por lo tanto inmodificable.

Frente a la apariencia de una concepción formalista de libertad e igualdad se oculta una estructura social patriarcal que reproduce el orden de la dominación del hombre sobre la mujer (Retamozo, 2006: 31).

La teoría feminista que pone en cuestión la distinción público/privado no puede ignorar que las construcciones hegemónicas contemporáneas operan mediante una delimitación que supone mecanismos de exclusión- inclusión y que en ese proceso emergen conflictos por el lugar que ocupa cada grupo social y no solo las mujeres (y dentro de las mujeres las negras, las lesbianas, las indígenas, etc.) (Retamozo, 2006: 32).

En esta misma línea, feministas de la postmodernidad denuncian que los contractualismos del liberalismo clásico originan un sujeto político ahistórico y masculino que garantiza con su libre consentimiento ser gobernado, y de ese modo se instaura la legitimidad del Contrato Social que reduce a las mujeres a objetos de dominación privada.

John Locke en su obra filosófica *Dos tratados sobre el gobierno civil* afirma que cada hombre tiene una propiedad en su propia persona; y a esa propiedad nadie tiene derecho, excepto él mismo. Sobre estas reflexiones María Luisa Femenías señala:

Si entendemos “hombre” en sentido genérico que incluye varones y mujeres, bien sabemos que la mayoría de los países, aun hoy, las mujeres no son dueñas de la propia persona que sus cuerpos. Si entendemos el hombre de forma restringida, sucede lo mismo (Femenías, 2012: 85).

Esto genera a su vez que las mujeres sean excluidas de los códigos de acceso de la ciudadanía, y por lo tanto sean representadas como la posibilidad de trasgresión, la provocación y la perversión de los mismos. Por eso, las mujeres fueron condenadas al silencio y a la invisibilidad, en definitiva, a la ausencia.

La antropóloga Rossana Reguillo inserta la necesidad de construir un mapa de los silencios, porque en una época que representa la multiplicidad de ruidos, la sobreabundancia de la información y el exceso de la noticia, es en los silencios en donde se encuentra la clave de la dominación.

El sujeto parlante es nuevamente el varón, blanco y propietario: es el patriarca de occidente. Ellos tienen acceso y, más profundamente, construyen las reglas del juego social que otorgan legitimidad a unas prácticas y no a otras, a algunas identidades y no a otras. Es el espacio público el del reconocimiento, el de los grados de competencia y de legitimidad: por eso la disputa de poder se da primeramente de forma hacia adentro de las masculinidades hegemónicas.

La hegemonía política de los hombres se basó en la superioridad ontológica, políticamente definida, que les confiere la categoría de individuos y, desde el ejercicio del poder real que detentan, se reafirma la transmisión asimétrica de los ámbitos de lo femenino y de lo masculino, y de sus roles (Femenías, 2012: 84).

Mientras tanto, el espacio reservado para las mujeres es el privado es el de la indiscernibilidad, la particularidad y la diferencia. El matrimonio, la prostitución, la esclavitud, la violencia de género y los abusos fueron tradicionalmente considerados problemas del ámbito privado, desligando así a lo político -como principio de lo social- y la política -como espacio tradicional de participación ciudadana- del campo de discusión.

La historia de sumisión de las mujeres no es novedad. Cuando se reconstruye la historia de las civilizaciones cabe distinguir que las mujeres nunca fueron poseedoras de los saberes ni de los principios rectores de cada época. Cuando el orden social era teológico, los hombres fueron los capaces de acceder a los misterios divinos y las mujeres fueron condenadas a lo impuro; en el Estado moderno se las asoció a la naturaleza: salvaje e indomable, y a los hombres a la polis: gobernante y racional. El capitalismo vino a profundizar eso asignando roles específicos en la reproducción del capital.

El capitalismo dividió el campo de lo social entre lo público y lo privado, otorgándole a lo público las características de lo moderno: racionalidad, productividad, lo político por excelencia y lo privado, apropiándose de la división sexual del trabajo existente desde milenios pero dándole un carácter universal, definitivo y “natural” (Lipszyc, Gines y Bellucci, 1996:31).

#### **II.1.4. Estudios acerca de la sexualidad y los cuerpos**

Al igual que el género, la sexualidad es motivo de debate y reflexión de varix pensadores contemporáneos. La pregunta sobre el sexo, las funciones y los roles en el entramado que configura la sexualidad como experiencia tuvo múltiples respuestas de distintas disciplinas y cobró una relevancia para las democracias actuales a partir de diferentes movimiento políticos, que también tuvieron su traducción académica, denunciando la heterosexualidad como sistema normativo del orden social.

La sexualidad fue considerada en sus orígenes como una extensión de la propia condición genital, conducta mediante la cual se demostraba la adaptabilidad o no a la sociedad. A partir de algunos estudios en el campo de la psicología, tamizados también por lecturas feministas, se empezaron a generar abordajes que trascendían la perspectiva tradicional biomédica-clínica hacia una concepción holística y contextualizada de la sexualidad, resaltando su inscripción histórica y social.

Una de las grandes referencias en la temática es el filósofo francés Michel Foucault, quien señala que la sexualidad no fue construida como un problema social hasta entrado el siglo XVII. Es decir, la sexualidad se convierte en un hecho significativo para la época, y de allí en adelante será contenido central de muchas investigaciones.

En su obra *Historia de la sexualidad*, Foucault amplía la concepción de sexualidad, ya no como naturaleza humana sino como construcción moderna que parte de discursos sociales, religiosos, políticos y científicos, y que se consolida como dispositivo dinámico en el que están articulados el saber, el poder, la verdad, la moral y el placer. A partir de estas reflexiones se pueden abordar los procesos de subjetivación que se dan en una sociedad occidental y capitalista, en el marco de un proyecto de globalización y homogeneización.

Es a partir de la vida cotidiana de los sujetos que se generan ciertos modos concebidos como propios de un orden social, es decir normales, y otros que son caracterizados como la anomalía. Es por eso que el saber, la subjetividad y el poder se entrelazan en un modo explicativo del funcionamiento social que Foucault denomina como: la biopolítica (Foucault, 2014).

Todo lo que suceda en las sociedades puede ser entendido a partir de la propia vida cotidiana, porque, lo novedoso que aparece con el filósofo francés es la posibilidad de comprender que el poder no se concentra en un lugar, sino que circula socialmente generando prácticas normalizadoras. En este sentido, Foucault discute con la hipótesis represiva, la cual considera que el sujeto es reprimido y disciplinado por medio de la prohibición y el castigo que se sobreponen sobre el deseo, y sostiene que el sujeto es normalizado en la implementación discursiva de la dicotomía normal/anómalo; por lo tanto el dispositivo de control es propio de la configuración subjetual.

Así la anomalía se presenta como aquello que puede ser corregido, a través de la normalización. Entonces se trata de homogeneizar las subjetividades a partir de dispositivos disciplinarios como por ejemplo la escuela, la cárcel y el hospital, instituciones que buscan readaptar y corregir a los sujetos.

Se produce entonces la implementación de prácticas y discursos que disciplinan los cuerpos para la productividad y que, a su vez, normalizan los cuerpos en la individuación que los homogeniza. Esto se puede observar en las categorizaciones de lo normal y anormal de la psiquiatría, de lo patológico y lo natural de la medicina, de la caracterización de corregible e incorregible en las prácticas jurídicas penales, etc. (Valencia, 2010).

En este sentido Foucault sostiene que “el sexo no es cosa que solo se juzgue, es cosa que se administra. Participa del poder público; solicita procedimientos de gestión; debe ser tomado a cargo por discursos analíticos” (Foucault, 2014: 34). El análisis que hace Foucault de esa explosión discursiva que conforma el dispositivo de la sexualidad, deja entrever algunas estrategias del poder contemporáneo: poderes que accionan desde la pedagogía, la religión, la tecno-ciencia, la justicia, el gobierno y el psicoanálisis (Díaz, 2005: 115).

La concepción de poder como ejercicio, significa que el poder no existe en la forma de una sustancia, sino que fluye a través de las relaciones subjetuales, siendo, entonces, un dispositivo hermenéutico. Así, Foucault enfrenta una forma más jerárquica y tradicional de concebir el poder en dirección vertical de arriba hacia abajo (Sztajnszrajber, 2016).

Previamente, en “La historia de la locura” y “El nacimiento de la clínica”, Foucault trabaja en la desnaturalización de la locura, mostrando a partir de un análisis histórico, cómo se fue modificando esta concepción a lo largo del tiempo: en principio la locura fue asociada a la delincuencia hasta que finalmente es patologizada como una enfermedad. Así demuestra que no hay concepciones naturales, sino que la relación del saber, la subjetividad y el poder operan en la distinción de lo sano de lo enfermo.

Así entiende, que la sexualidad es una construcción sociocultural e histórica que forma parte sustancial de la construcción y el desarrollo de las subjetividades: tanto en el ámbito público como en el privado. La sexualidad construye y refuerza sistemas de relaciones sociopolíticas basados en las desigualdades de poder entre las personas, el patriarcado y la heteronormatividad.

Estos dispositivos de poder definen lo normal y lo legítimo -androcentrismo y heterosexualidad- y lo marginal -mujeres e identidades disidentes-. Instauran como orden natural lo primero, despojándolo de su proceso histórico, y colocan fuera de los márgenes sociales lo segundo -generando figuras de pánico moral- (Huerco, 2002).

Las reflexiones acerca de la sexualidad permiten comprender el pasaje de una sociedad basada en el poder soberano como forma represiva hacia una construcción mucho más compleja que se traduce en la concepción de la sociedad y el poder como biopolítica.

El control de la sociedad sobre los individuos no solo se efectúa mediante la conciencia o por la ideología, sino también en el cuerpo y con el cuerpo. Para la sociedad capitalista es lo bio-político lo que importa ante todo, lo biológico, lo somático, lo corporal. El cuerpo es una entidad biopolítica, la medicina es una estrategia biopolítica (Foucault, 1977: 210).

Así es como sujeto, poder y cuerpo aparecen entrelazados en una trama historizada de construcción social.

Paul Preciado, feminista y lectorx de Jaques Derridá y Michel Foucault, aporta a esta comprensión en su libro *Manifiesto Contrasexual*:

El sexo, como órgano y práctica, no es ni un lugar biológico preciso ni una pulsión natural. El sexo es una tecnología de dominación heterosocial que reduce el cuerpo a zonas erógenas en función de una distribución asimétrica del poder entre los géneros (femenino/masculino), haciendo coincidir ciertos afectos con determinados órganos, ciertas sensaciones con determinadas reacciones anatómicas. La naturaleza humana es un efecto de tecnología social que

reproduce en los cuerpos, los espacios y los discursos la ecuación naturaleza=heterosexualidad. El sistema heterosexual es un aparato social de producción de feminidad y masculinidad que opera por división y fragmentación del cuerpo: recorta órganos y genera zonas de alta intensidad sensitiva y motriz (visual, táctil, olfativa...) que después identifica como centros naturales y anatómicos de la diferencia sexual. Los roles y las prácticas sexuales, que naturalmente se atribuyen a los géneros masculino y femenino, son un conjunto arbitrario de regulaciones inscritas en los cuerpos que aseguran la explotación material de un sexo sobre el otro. La diferencia sexual es una hetero-partición del cuerpo en la que no es posible la simetría. El proceso de creación de la diferencia sexual es una operación tecnológica de reducción, que consiste en extraer determinadas partes de la totalidad del cuerpo, y aislarlas para hacer de ellas significantes sexuales (2002: 22).

Es decir, así como el género, la sexualidad es moldeada por la cultura y el lenguaje. En este orden social androcéntrico y heteronormativo se puede visualizar, entonces, el control patriarcal de la sexualidad de las mujeres y las identidades sexuales disidentes.

Para corromper esta lógica, Butler propone que la sexualidad debe reivindicarse rompiendo los moldes de la representación política binaria tradicional que solo busca percibirla, circunscribirla y normativizarla. Su crítica a las formas institucionalizadas de control y dirección del deseo -en Foucault, la escuela, la prisión, la familia, el hospital, entre otros, y en Adrienne Rich, la heterosexualidad compulsiva, el género-, como modos niveladores y reformadores morales homogeneizantes, desemboca en un rechazo a toda forma de institución, incluyendo el cuerpo como constructo binario (Femenías, 2012).

Butler adopta la concepción de que sexo y poder son coextensivos, y que los discursos hegemónicos in-forman los cuerpos binariamente sexuados como un efecto violento del poder (Butler, 1997<sup>a</sup>: 6 y ss). La sexualidad, por tanto, esta culturalmente construida como un sistema de relaciones de poder, donde la postulación de una sexualidad fuera, antes o más allá del poder es una imposibilidad cultural y política; un sueño impracticable (Femenías, 2012: 128)

Así dentro de la trama de la sexualidad y el sistema sexo-género, aparece como indispensable el debate acerca de la noción de cuerpo, que ha sido foco de múltiples discusiones académicas en donde se entrelazan saberes de las ciencias sociales, las ciencias médicas, las ciencias naturales, etc. El cuerpo condensa la materialidad de las subjetividades: para algunas corrientes es el soporte, para otras en una producción que se genera en base a principios rectores de las sociedades y sus disidencias.

El cuerpo ha sido pensado como mensaje, como sostén biológico, como entramado orgánico, como “lo natural” del sujeto, como límite y como adaptación. El cuerpo es una pregunta central de las ciencias, cuya respuesta es compleja y transdisciplinar.

Tradicionalmente el cuerpo fue pensado como un medio pasivo, biológicamente determinado, en el que se inscriben los significados culturales. En esta configuración,

la medicina hegemónica será el discurso legitimado para intervenir y controlar los cuerpos en pos de la salud y eliminar las anomalías. Para ello, el cuerpo será desmembrado para analizar específicamente cada pieza que lo compone, ya que como sistema orgánico el buen funcionamiento de cada una de las partes garantizará el estado de salud óptimo del sujeto.

Por el contrario, las ciencias sociales pensarán al cuerpo como un constructo histórico constituido/atrasado por relaciones de poder. Las interpretaciones actuales acerca de las subjetividades y corporalidades están íntimamente ligadas a la discusión del orden social, la normalización -en salud comprendida como patologización de lo distinto-, y el ejercicio de los derechos ciudadanos, como por ejemplo el acceso de los sujetos a las plataformas de servicios del estado. Como señala Judith Butler (2002), y también el filósofo italiano Giorgio Agamben (2018), los cuerpos son producto de una época, de un mercado y de una forma de ejercer la ciudadanía. Así la división taxativa entre lo público y lo privado encuentra grietas ya denunciadas por la segunda y tercera ola feminista.

Ya la madre de la teoría feminista, Simone de Beauvoir, sostiene que “el cuerpo es el locus de las experiencias vividas concretamente, el cuerpo no es el mero objeto de la ciencia, sino el cuerpo-sujeto en situación” (Beauvoir, 1976: 78). Y con ella, los feminismos radicalizados de los ‘60 y ‘70 parten de esta concepción del cuerpo propio situado.

Por su parte, Judith Butler encarna una discusión discursiva acerca de esos cuerpos situados, marcando las claras limitaciones que presentan las concepciones del cuerpo como soporte previo a la subjetividad:

“El cuerpo postulado como anterior al signo es siempre postulado o significado como previo. Esta significación produce, como un efecto de su propio procedimiento, el cuerpo mismo que, sin embargo y simultáneamente, la significación afirma descubrir como aquello que precede a su propia acción. Si el cuerpo significado como anterior a la significación es un efecto de la significación, el carácter mimético y representacional atribuido al lenguaje -atribución que sostiene que los signos siguen a los cuerpos como sus reflejos necesarios- no es en modo alguno mimético. Por el contrario, es productivo, constitutivo y hasta podríamos decir performativo, por cuanto este acto significante delimita y circunscribe el cuerpo del que luego afirma que es anterior a toda significación. Esto no equivale a decir que la materialidad de los cuerpos es sencilla y únicamente un efecto lingüístico que pueda reducirse a un conjunto de significantes. Tal distinción pasa por alto la materialidad del significante mismo. Además, un enfoque de este tipo no llega a comprender que la materialidad también es aquello que está unido a la significación desde el principio; reflexionar sobre la indisolubilidad de la materialidad y la significación no es asunto sencillo. Postular mediante el lenguaje una materialidad exterior al mensaje es aún postular esa materialidad y la materialidad así postulada conservará esa postulación como su condición constitutiva” (Butler, 2002: 57).

En este sentido, Butler entiende que la materialidad es también efecto del poder. Entiende que el lenguaje es productivo, constitutivo, incluso performativo, en la medida en que todo acto significativo delimita y bordea el cuerpo, aunque se lo declare previo a toda y a cualquier otra significación (Butler, 1993). Por tanto, el cuerpo está siempre lingüísticamente construido.

Lejos del determinismo, Butler abre un camino para pensar en clave de transformación el poder hegemónico y los poderes de resistencias que se dan en cada una de estas definiciones -género, sexo, cuerpo, sexualidad-. Su afirmación de un cuerpo no-previo, reviste la posibilidad de deconstruir los cuerpos sexuados.

Así, la feminista estadounidense propone por contrario al binarismo compulsivo, la constitución de lo abyecto, que funciona por un lado como señalamiento del proceso de normalización de las subjetividades, al tiempo que genera una ruptura con el orden social. En este sentido, lo abyecto será pensado como lo ininteligible, incluso como lo temible, porque desafía al proyecto mismo del orden social vigente y sus formas de construcción social.

En una entrevista realizada en 1996 en Holanda, Butler sostiene:

“lo abyecto para mí no se restringe de modo alguno a sexo y heteronormatividad. Se relaciona a todo tipo de cuerpos cuyas vidas no son consideradas “vidas” y cuya materialidad es entendida como “no importante”. Para dar una idea: la prensa de los Estados Unidos regularmente presenta las vidas de los no-occidentales en estos términos. El empobrecimiento es otro candidato frecuente, como lo es el territorio de aquellos identificados como “casos” psiquiátricos (Butler, 1996: web).

Así, desde *El género en disputa* (1990) y más tarde en *Cuerpos que importan* (1993), Butler comprende al cuerpo como efecto de un poder dinámico.

Paul Preciado, propone entonces la constitución de una contra-sexualidad que signifique el fin de la naturaleza como orden normativo que legitima las violencias:

En el marco del contrato contrasexual, los cuerpos se reconocen a sí mismos no como hombres o mujeres sino como cuerpos hablantes, y reconocen a los otros como cuerpos hablantes. Se reconocen a sí mismos la posibilidad de acceder a todas las prácticas significantes, así como a todas las posiciones de enunciación, en tanto sujetos, que la historia ha determinado como masculinas, femeninas o perversas. Por consiguiente, renuncian no sólo a una identidad sexual cerrada y determinada naturalmente, sino también a los beneficios que podrían obtener de una naturalización de los efectos sociales, económicos y jurídicos de sus prácticas significantes. La nueva sociedad toma el nombre de sociedad contrasexual al menos por dos razones. Una, y de manera negativa: la sociedad contrasexual se dedica a la deconstrucción sistemática de la naturalización de las prácticas sexuales y del sistema de género. Dos, y de manera positiva: la sociedad contrasexual proclama la equivalencia (y no la igualdad) de todos los cuerpos-

sujetos hablantes que se comprometen con los términos del contrato contrasexual dedicado a la búsqueda del placer-saber (2002: 18-19).

Así, también se comprende que la afirmación este es un cuerpo de mujer, delimita al mismo tiempo la noción de cuerpo y de mujer. Al tiempo que en las sexualidades de las mujeres se juega también la continuidad del orden patriarcal: así, bajo efectos disciplinadores y moralizantes, los hombres siguen disputando sus masculinidades a través de la violación y mutilación del cuerpo de las mujeres.

### **II.1.5. La sexualidad de las mujeres: maternidad y aborto**

Sin embargo, es necesario reconocer que la mujer en la historia de la sexualidad del siglo XVI y XVII fue presentada desde el ámbito político-religioso de maneras muy diversas pero siempre encarnando el mal (Gebara, 2002).

Fue construida como una bruja -en la representación de una juventud una mujer erótica y lujuriosa- y como una virgen -casta, pura y asexual-. Dos caras de una misma moneda que traza el límite del comportamiento sexual que las mujeres tienen habilitado en el orden social.

Esta idea se vincula estrictamente con la condición de mujer-madre. Dentro de las discusiones acerca de la ciudadanía, existe una corriente feminista que discute la diferencia de placer sexual con respecto a los hombres, así como también, la posibilidad de gestar y la maternidad, tanto en cuanto a exclusión de la esfera pública, como al poder que reside en sus cuerpos:

Históricamente, la maternidad ha sido objeto de fuertes estereotipos sociales que aún se sostienen bajo la dicotomía, por un lado, de mujer/ madre/cuidadora en el ámbito privado, y por el otro, varón/protector/proveedor en el espacio público. Oficialmente los Estados suelen considerar la labor y la ciudadanía de las mujeres como vital para la Nación, pero se trata de afirmaciones retóricas. En la práctica, puesto que el valor de la ciudadanía depende estrechamente del reconocimiento del valor del trabajo asalariado, ciudadanía y trabajo van por un lado, la mayoría de las mujeres, por otro” (Femenías, 2012: 161).

Por un lado, se legitima a las mujeres en el espacio público solo en tanto que madres, portadoras de los valores esenciales del cuidado, la abnegación, y el olvido de sí” (Femenías, 2012: 163)

Este último punto de la cita de María Luisa Femenías, mediante el cual se reconoce a la mujer como ciudadana por su rol de madre, brinda un marco de comprensión al constante ataque por parte de los poderes conservadores -entre los que se destaca el Estado y las iglesias- acerca de la libertad sexual de las mujeres y la posibilidad de la no maternidad o de la interrupción de un embarazo. Ese poder, que se les es negado a las mujeres resulta un punto sensible de disrupción al orden social vigente, en tanto comprende que la mujer es madre o no es. Es un ataque concreto al poder patriarcal en el núcleo sensible del deber ser de las mujeres.

Sin embargo, esta distinción de la capacidad gestante no es interpretada de la misma forma por las diversas corrientes feministas. En este sentido, mientras que el feminismo de la diferencia encuentra en el ejercicio de la maternidad una suerte de esencia femenina, el feminismo radical sostiene que la capacidad reproductiva de las mujeres es una esclavitud. Así, Sulamith Firestone en *La dialéctica del sexo. Defensa de la revolución feminista* (1970) entiende que en la posibilidad de gestar radica el origen de la opresión de la mujer, por lo que las mujeres deben alentar el desarrollo de las nuevas tecnologías que puedan liberarlas de las servidumbres reproductivas.

En un sentido similar, Simone de Beauvoir sostiene que el hecho de que las mujeres se dediquen a la procreación y al cuidado de lxs hijxs ha sido la causa de su sumisión, insistiendo en que una función biológica se ha utilizado para definir y legitimar su papel subordinado en la sociedad a lo largo de la historia. Lo que critica la pensadora, en realidad, es el reduccionismo que sirvió para ver en la maternidad el destino y la vocación natural de las mujeres, sin dejarle otras alternativas. Por este motivo, de Beauvoir asoció estrictamente la lucha feminista con la posibilidad de interrumpir un embarazo no deseado. El 5 de abril de 1971, se publicó *El Manifiesto de las 343*, redactado por de Beauvoir y publicado en el semanario francés *Nouvel Observateur* N° 334. Su nombre se debe a que fue firmado por 343 mujeres francesas que habían abortado y señalaba: “Ser feminista es luchar por el derecho al aborto libre y gratuito”.

Elvira López, una de las pioneras feministas argentinas, introduce la discusión sobre la condición existencial de la mujer, atada históricamente a determinaciones de tipo biologicista, que habían sido acogidas favorablemente entre intelectuales, políticos, juristas y otros actores sociales (Juliano, 2015).

“No puede negarse que la adjudicación a las mujeres de su papel maternal ha justificado su reclusión en los espacios domésticos, alejada de los centros públicos y de poder entre otras cuestiones, sin olvidar los discursos científicos que arrancan en el siglo XVIII e hicieron creer a las mujeres que solo alcanzarían la plenitud en el momento de alumbrar a los hijos” (López, 2009: 70-71).

Por el contrario Luce Irigaray -feminista de la diferencia francesa- sostiene que “la madre y la hija son siempre un vínculo umbilical indisoluble; todas somos madres y todas somos hijas: la procreación es el orden simbólico imaginado y silenciado que hay que reinventar” (1985: 14).

Ya en el 1700 Mary Wollstonecraft reconocía en este tema una paradoja: las mujeres tienen cierta diferencia que les es propia, la maternidad, que tradicionalmente las ha recluso en el ámbito doméstico y opera aun sobre ellas como el punto de presión centrífuga de la esfera pública (Femenías, 2012).

De todas formas, las diversas corrientes feministas concluyen en un punto: pese a que la posibilidad de gestar sea un poder propio de las mujeres (cis), la decisión sobre el curso del embarazo y la procreación se encuentra mediada por el poder patriarcal. En

muchos países aún se limita el acceso a métodos anticonceptivos y a la educación sexual, generando marcos disciplinares y moralistas del patriarcado que se instrumentan en múltiples formas de violencias y continúan contribuyendo al estatuto de maternidad obligatoria.

Se vuelve así a la pregunta acerca del status de ciudadanía de las mujeres: ¿Si no pueden decidir sobre su propio cuerpo, se puede asumir que son soberanas de sus vidas?

“Al negarle a las mujeres el control sobre sus cuerpos, el Estado las privó de la condición fundamental de su integridad física y psicológica, degradando la maternidad a la condición de trabajo forzado, además de confinar a las mujeres al trabajo reproductivo” (Federici, 2010: 157).

La antropóloga feminista Rita Segato (2013), señala que la maternidad/no maternidad es una discusión del orden político acerca del ejercicio del control en las decisiones del Estado. Así el cuerpo de la mujer se ve colonizado por el Estado, las corporaciones, la religión, los medios de comunicación y la medicina, desde donde se controlan mecanismos legislativos, judiciales y discursivos que legitiman unas prácticas por sobre otras, instalando el concepto mujer-madre como el plano de realización de las subjetividades femeninas.

Esta politización de la sexualidad impone normas que se encuentran sustentadas en el entramado jurídico, como forma de poder político patriarcal.

## **II. 2. Juventudes: entre el tutelaje y el protagonismo**

### **II.2.1. Los estudios de juventud**

Una de las preguntas centrales de esta investigación es aquella que se formula acerca de los imaginarios político-culturales que se tejen en la construcción en torno al sujeto joven. Para ello, es necesario indagar en la producción de conocimiento acerca de lxs jóvenes para dar cuenta de las tendencias temáticas, vacíos y tensiones del campo. En este sentido, las preguntas y procedimientos de quienes investigan, han configurado miradas específicas sobre lxs jóvenes, priorizando unas problemáticas por sobre otras, que van desde la caracterización estigmatizante hasta la idealización de la juventud como actor social.

Una de las referencias indispensables para este abordaje es el libro *Investigaciones sobre juventudes en Argentina: estado del arte en ciencias sociales* publicado por la antropóloga Mariana Chaves en 2006. A partir de una exhaustiva investigación, la obra da cuenta de una diversidad de trabajos existentes en el campo de los estudios de juventud a nivel nacional y permite una sistematización de dichas producciones.

Allí, se puede observar que las investigaciones acerca de las juventudes están íntimamente ligadas a su contexto social y político: así en contextos neoliberales la juventud cobra un sentido asociado al riesgo y a la violencia, mientras que en la presencia de gobiernos que impulsan un Estado de Bienestar, lxs jóvenes adquieren la significancia del protagonismo en tanto participación política y consumo.

En Argentina, por ejemplo, a partir de la década del '90 la categoría de juventud tuvo un lugar central dentro de las investigaciones del campo las ciencias sociales, deviniendo en un objeto de estudio "puente" para el abordaje de los cambios de época y el análisis de procesos sociales e históricos.

La categoría juventud fue construida para pensar las especificidades de un grupo social que emerge como sujeto auto y hetero-identificado luego de la Segunda Guerra Mundial:

La juventud como categoría surgió en la Gran Bretaña de posguerra como una de las manifestaciones más visibles del cambio social del período. La juventud fue el foco de atención de informes oficiales, legislaciones e intervenciones públicas, fue divulgada como *problema social* por parte de los guardianes de la moral y jugó un papel importante como piedra de toque en la elaboración de conocimientos, interpretaciones y explicaciones sobre el período. (Clark, Hall y otros, 1975, en Chavez, 2006:10).

Su emergencia estuvo relacionada con la aparición de un mercado de consumo orientado a lxs jóvenes y el exponencial crecimiento de los medios masivos de comunicación que promovieron el imaginario de una cultura juvenil. Hacia la década del '60 estas narrativas, fueron también apropiadas por los jóvenes que constituyeron una identificación de grupo social distinguible de la niñez y también de la adultez.

El investigador Carles Feixa, pionero en los Estudio de Juventud en Iberoamérica, señala cinco factores de cambio que generan las condiciones de posibilidad de surgimiento de este grupo social: la emergencia del Estado de Bienestar en un contexto de pleno empleo; la crisis de la autoridad patriarcal que dio lugar al surgimiento de la disidencia; el nacimiento del *teenage market*, como mundo de consumo propio de lo juvenil; la emergencia de los medios de comunicación masivos, en la construcción de un lenguaje propio que conectaba a lxs jóvenes de muchas partes del mundo; y el proceso de modernización en el plano de los usos y costumbres que supuso una erosión de la moral puritana, en donde el autor cita como ejemplo la revolución sexual que distinguió la sexualidad de la procreación, dando lugar al placer. (1998:43).

Hoy el término juventud es reconocido y utilizado como categoría analítica, la cual toma significancia en relación al entramado social. Es decir, la juventud no es en sí misma algo dado, sino que se construye en el entramado relacional. Algunxs autorxs que demuestran esto son: Cecilia Braslavsky (1986), Saltalamacchia (1990), Llomovate

(1988, 1991), Wortman (1991), Mekler (1992) y Macri y Van Kemenade (1993) y Margulis (1994).

Mariana Chaves distingue:

Los autores toman precauciones para no pensar la juventud como un período fijo en el ciclo de vida de los hombres y las mujeres, un momento universalizable, en el que todos entrarán y saldrán en el mismo momento más allá de sus condiciones objetivas de vida, su pertenencia cultural o su historia familiar. Además se registra un interés por la conceptualización sobre la base de múltiples discursos. El acuerdo es que si lo juvenil es una condición social, su explicación no puede estar en el *sí mismo*, sino que corresponde (re) construirla desde cómo es vivida y explicada por quienes se consideran jóvenes y cómo es interpelada desde otros grupos de edad, desde las industrias mediáticas y desde los productos que se le ofrecen (industria de la moda, música, audiovisual, entretenimientos, etcétera), en el marco de la diversidad y la desigualdad (2006: 10-11).

En este sentido, la juventud es comprendida como un grupo sociocultural definido por un conjunto de comportamientos que se distinguen relacionamente a partir de las posiciones que ocupan en el mapa social, político y económico. Asimismo, dicha categoría se encuentra íntimamente relacionada con el mandato de reproducción social para el futuro. El concepto de juventud lleva así impregnada la noción de generación, en tanto momento histórico común. Sin embargo, no se puede comprender una homogeneidad en ese constructo histórico, ya que estas conductas se expresan socialmente de manera diferenciada en jóvenes según clase social, género, etnia, ámbito social (rural, urbano), etc.

En este sentido, la mayoría de los autores entienden que no debe hablarse entonces de juventud sino de juventudes, marcando así la pluralidad que estos grupos sociales representan.

En Argentina, los estudios sobre juventud fueron abordados inicialmente desde la sociología, por lo que las principales preocupaciones de la producción académica de este campo se basaron en la educación, el trabajo y los sectores populares (Wortman, 1991; Auyero, 1993; Macri y Van Kemenade, 1993 y Llomovate, 1988).

Chaves describe que a mediados de los '90, la mirada sobre lo cultural tiende a consolidarse, no sólo en el campo de la sociología (Margulis y otros 1994, 1996, 2003), sino también de la antropología (Kropff, 2004; Chaves, 2005; Elizalde, 2005; Sánchez, 2005), las ciencias políticas (Núñez, 2003), las ciencias de la comunicación (Emanuelli, 2001; Morduchowicz, 2004; Remondino, 2005; Saintout, 2002; Jaramillo, 2005; Varela, 2002) y la historia (Pujol, 2002, 2005).

Una de las grandes referencias en el desarrollo de dicho campo a nivel nacional y latinoamericano es el sociólogo Mario Margulis que en 1996 publica su libro *La juventud es más que una palabra (Ensayos sobre cultura y juventud)*, en el cual, desde

la sociología de la cultura, establece un diálogo con las publicaciones del sociólogo francés Pierre Bourdieu. Poco a poco, la juventud deja de ser vista como una etapa de transición y empieza a ser enfocada más bien como sujeto histórico que construye su propia identidad cultural (Chaves, 2006).

La noción de culturas juveniles refuerza la construcción de una categoría en plural, ya que refuta cualquier intento de pensar la juventud como algo homogéneo y lineal. Siguiendo a Carles Feixa:

Las culturas juveniles se refieren a las maneras en que las experiencias sociales de los jóvenes son expresadas colectivamente mediante la construcción de estilos de vida distintivos, localizados fundamentalmente en el tiempo libre, y/o en espacios intersticiales de la vida institucional. En sentido más restringido definen la aparición de 'microsociedades juveniles' con grados significativos de autonomía respecto a las instituciones adultas (1998: 84).

Este autor destaca la capacidad de los jóvenes para la constitución de microculturas o subculturas específicas como formas particulares de ser y estar que resignifican, y a veces incluso desafían, los grandes paradigmas y dinámicas de la organización social vigente. Desde esta perspectiva, la conformación de un grupo se constituye como el escenario central de la vida de lxs jóvenxs, pues a través de él redefine, afianza su identidad y se desarrolla como individuo.

En la relación con el grupo de pares se construyen códigos, prácticas simbólicas, formas particulares de asumir los cuerpos, representaciones colectivas y lenguajes, que alimentan y refuerzan el sentido de pertenencia de lxs jóvenes e inciden en la construcción de su identidad (Reguillo, 2000). Las culturas juveniles utilizan productos del mercado para dicho fin, generando todo un estilo de vida, una propuesta de cosmovisión y unas prácticas específicas que configuran día a día al sujeto dentro de una experiencia colectiva (Hebdige, 1979) y que distingue los diferentes grupos culturales.

Así, por ejemplo, el consumo musical, no solo es entendido como una forma estética de expresión sino también como la conformación de la identidad de lxs jóvenes y de su estilo de vida (Viviani, 2011). Los productos del mercado son consumidos como prácticas de diferenciación y semejanza de unxs jóvenes a otrxs.

Principalmente los teóricos culturales surgidos de la Escuela de Birmingham han abordado al sujeto joven en su relación con las culturas, poniendo énfasis en las forma de resistencia y de alteridad, de espacio para la expresión de conflictos y de choque con las estructuras tradicionales de la sociedad (Hall y Jefferson, 2010).

No obstante, dentro de los estudios culturales de las juventudes, se dieron tensiones y conflictos acerca del análisis de este fenómeno social: ya sea como resistencia al orden o como espectacularización de un mercado de consumo (incluso como "tribus urbanas" en el sentido de Maffesoli, 1998).

Las culturas juveniles han llegado a ser consideradas como posibilidades políticas desde apuestas esencialmente estéticas, poniendo en jaque el antiguo relato de la apatía y el desinterés de los jóvenes. Por este motivo, Reguillo se preguntará acerca de qué hay de político en las prácticas culturales de los jóvenes, y si estos repolitizan la política desde afuera, sirviéndose para ello de los propios símbolos de la llamada sociedad de consumo (Reguillo, 2000).

Los pequeños rituales de la cultura, los modos creativos de apropiarse de lo que el mercado les ofrecía, unos ciertos estilos que hacían de los estigmas emblemas de identidad, iban mostrando jóvenes que ya no podían imaginar lo imposible, pero que no por ello estaban quietos. Que resistían desde la cultura (Saintout, 2013: 13).

Más recientemente, muchos estudios analizaron la búsqueda de identidad en relación con el consumo, los medios de comunicación, las comunidades virtuales y los contextos globalizados. En relación con esto, el sociólogo Marcelo Urresti propone hablar del surgimiento de “ciberculturas juveniles”, y sostiene que ser joven hoy está fuertemente influenciado por las nuevas tecnologías de información y consumo -redes sociales, juegos en línea, etc.- generando así espacios de encuentro virtual entre jóvenes (Urresti, 2008). En este contexto, las identidades sociales se tensionan entre las dinámicas de lo global y las características locales que condicionan la vida de los sujetos (Giménez, 1999).

Un aspecto distinguible de este tipo de producción académica es que la mayor parte de los estudios aluden a jóvenes urbanos, siendo lo rural un enfoque marginal. Según el sociólogo argentino Gabriel Kessler:

El sesgo urbanizante de los estudios de juventud, la creencia en que la modernización reduciría el espacio de lo rural llevaron a que despertara escaso interés. Por el lado de las políticas, la debilidad de la juventud rural como actor social específico y, también, su escaso protagonismo como ‘problema social’ – diferente de lo que sucede con franjas de la juventud urbana- llevaron a la poca atención por parte de las políticas públicas (2005:3).

Por último, los temas de sexualidad abordados desde las ciencias sociales -los cuales en su mayoría privilegian el uso del término adolescencia-, han experimentado un lento pero continuo desarrollo a partir de los ‘90 (Pantelides y Cerruti, 1992; Kornblit y Mendes Diz y Fernández, 1994), y a principios de este siglo (Geldstein y Pantelides, 2001; Checa, 2003; Gogna, Faur, Gherardi, Giberti, 2005).

En este sentido, la investigadora Mónica Gogna publicó en el 2005 su libro *Estado del arte. Investigación sobre sexualidad y derechos en la argentina (1990-2002)* en el cual desarrolla los múltiples estudios que se dieron en el campo. Allí señala que la pregunta acerca de la sexualidad adolescente en las ciencias sociales se funda a partir de la preocupación sobre las consecuencias de los actos sexuales -como el embarazo o la

propagación del VIH- pero no como inquietud propia de la construcción sexual de lxs adolescentes (Pantelides, 1996 en Gogna, 2005b).

Según la autora, esta marca de origen explica que para el abordaje de la sexualidad adolescente se prioricen técnicas cuantitativas como la encuesta, que a veces es complementada con técnicas cualitativas -entrevistas semiestructuradas o grupos focales-. Y también da cuenta de que la población objetivo de dichos estudios sean adolescentes escolarizadxs o usuarixs de servicios públicos de salud -en su mayoría mujeres- (Gogna, 2005b: 34).

### **II.2.2. Debates en torno a las juventudes: entre el estigma y los derechos**

La hegemonía de las nociones de violencia y riesgo para referirse a las juventudes nace como producto del deterioro generalizado de los índices sociales, acompañados por un retraimiento del Estado de bienestar y de una crisis de las instituciones clásicas de socialización -la escuela, el trabajo, la política y la familia propia- que dejaron de ser lugares de integración social (Saintout, 2006).

Mientras en las calles argentinas de los '90 comienzan a visibilizarse sujetos en condiciones de pobreza y marginalidad, por la crisis económica, las investigaciones se enfocan en "los sujetos vulnerables". En este sentido, intentando sintetizar la marca epocal de este contexto, la especialista en Estudios de Juventud y Comunicación, Florencia Saintout, observa cómo "la gran marca que define la generación actual de jóvenes tiene que ver con una época de gran incertidumbre, de crisis estructural y de una profunda vulnerabilidad y precariedad" (Saintout, 2007: 193).

Lejos de ver a los jóvenes como sujetos de agencia colectiva, varios de los estudios recabados en el marco de las ciencias sociales se centran en aspectos que definen como problemáticos y que inciden especialmente sobre lxs jóvenes de sectores populares -que son caracterizados como sujetos expuestos por las condiciones de marginalidad y falta de oportunidades en que se desarrollan-. En el mismo sentido, algunos trabajos presentan la consideración de la adolescencia como una etapa de transición y alta inestabilidad, en la cual los y las jóvenes son proclives a varios riesgos.

Por este motivo, la mayor parte de las investigaciones de fines de los años '90 y comienzos de 2000, presentan una "ruptura de la matriz integracionista que habría caracterizado a la sociedad argentina como el eje principal de lectura que organiza el análisis" (Núñez, 2012) y ubica a las juventudes en un mapa de no acceso a los servicios básicos del Estado.

La diversificación, complejización y, especialmente, el deterioro de los mecanismos de integración a la sociedad actual han significado que la vida para todos los sectores sociales, pero especialmente para los jóvenes, se aparezca como incertidumbre (Reguillo, 2000: 60).

Así, lxs jóvenes son caracterizados como fácilmente influenciables, por sus pares o por adultxs que lo inician en la delincuencia y la drogadicción, entre otras prácticas repudiadas por la sociedad. Asimismo, se considera que pueden ser persuadidos por los medios de comunicación hacia el consumo. Estas características señalan principalmente a jóvenes de sectores populares como responsables de la violencia, la inseguridad ciudadana y el desorden social. Estxs jóvenes son estereotipadxs como desviadxs y delincuentes, siendo el motivo de riesgo a sus comunidades, ya afectadas por la crisis en tanto carencias materiales, desempleo, deserción escolar y la falta de seguridad social (Saintout, 2006).

Al respecto Saintout dirá que los discursos mediáticos, junto con el discurso de las instituciones policiales, construyen un sujeto “joven peligroso”:

Los medios tienen un particular ensañamiento sobre los jóvenes de sectores populares, fundamentalmente varones. De ellos ni siquiera se hablan como si fueran jóvenes: son menores, son chorros, son delincuentes. No son jóvenes para ellos. Se los ve como lo podrido, lo causante del deterioro de la sociedad. De estos jóvenes nada se espera. Aterrorizan, ya no sólo incomodan y no es posible rescatarlos como a los desinteresados. El conjuro aquí es la extirpación del espacio común (2012: web).

A partir de este constructo representativo que se ubica en los márgenes de la legitimidad social y que difunde una sensación de miedo generalizada, se proyectan acciones represivas que han conducido, en la mayor parte de los casos, al desarrollo de políticas sustentadas en el control, la corrección y la prevención (Kessler, 2009).

Los estudios de esta época consideran a lxs jóvenes como población en alto riesgo que demanda especial atención por los “problemas” que genera: embarazos adolescentes e infecciones de transmisión sexual; violencia, delincuencia e inseguridad en las áreas urbanas y rurales; consumo de drogas; agresividad, entre otros. Es así como se instituyeron representaciones de la juventud como un sujeto en riesgo, indefenso, potencialmente peligroso, ignorante y desarticulado de la vida social, política y económica del país (Muñoz, 2003).

Sin embargo, estas investigaciones no realizan un análisis de las causas que intervienen en el desarrollo de los sujetos que estigmatizan: los presentan como sujetos deshistorizados y descontextualizados. Como consecuencia se naturaliza la condición de exclusión y se construye unos sujetos que vienen a suturar la falla de los miedos presentes en las sociedades: son los sujetos del pánico moral (Saintout, 2011).

Stuart Hall (1978) fue quien tipificó la noción de “pánico moral”, la cual permite interpretar situaciones en las que la reacción social hacia determinados sectores o grupos es desproporcionada. Pero para que esto ocurra, es necesaria la intervención de “expertos” que pertenecen al sistema judicial, a las fuerzas de seguridad y a los medios de comunicación, que se encargan de construir la agenda del miedo,

influenciando en el modo de ver y pensar la realidad cotidiana. Así, gracias a los dispositivos discursivos de estos actores se hace una equivalencia entre la violencia social y la condición de ser joven (Valiente en Pasqualini; Llorens, 2010).

Con una visión muy aguda sobre esta problemática, Saintout destaca:

Pensar un lugar de la juventud desde el miedo y desde unas posturas defensivas llevará seguramente a acciones del todo excluyentes. Si la única respuesta hacia la ausencia de inclusión en un futuro y un presente entusiasmante de los jóvenes se restringe a buscar la forma de calmar lo salvaje, de controlar las imágenes del malestar del cual además se los supone culpables, sin buscar las causas profundas y sin abordar las posibles salidas, entonces podemos estar seguros de que la condición de ser joven será crecientemente más y más penosa para la sociedad toda (2007: 53).

El pasaje de la Ley de Patronato de Menores (1919) a la Ley de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes (2005) y las diferentes políticas públicas en torno a la juventud que se dieron en ese marco, implicó un cambio de paradigma jurídico, político, académico y social con respecto a las juventudes. Esto permitió una ruptura con la idea de sujeto de tutelaje, es decir, niños y adolescentes considerados como extensión de las voluntades parentales, para pasar a ser concebidos como sujetos de derecho, y por lo tanto protagonistas de sus propias vidas. Desde esta mirada los jóvenes son concebidos también como referentes de gran importancia en la concertación con el Estado y la sociedad civil frente a la construcción de políticas públicas de juventud (Ferreiro & Guevara, 2010).

En este sentido René Bendit refuerza la idea de presente, indicando que "los jóvenes no son sólo un recurso social a futuro, sino que representan un recurso actual en sí mismos, es decir como jóvenes que son" (Bendit, 2004:52). Esta perspectiva encuentra a la juventud como un actor fundamental dentro de las políticas de Estado por su capacidad para incidir y transformar la sociedad tanto en lo político como en lo cultural. Así, los jóvenes pasan de ser pensados como objetos de la crisis, y por tanto vulnerables y violentos, para ser asumidos como ciudadanos y agentes del cambio social (Bendit, 2004; Ferreiro & Guevara, 2010).

Bajo esta comprensión los jóvenes adquieren protagonismo, constituyéndose en un actor clave de la política pública. En este sentido, Florencia Saintout (2013) plantea la capacidad de recuperación del concepto de militancia, como una marca de época de estos nuevos tiempos en los que los jóvenes son protagonistas de la democracia, con la afirmación de unas subjetividades que desarrollan y configuran los proyectos políticos.

La propuesta de Saintout consiste en mirar a los jóvenes dentro de un proceso dialéctico donde el llamado a la participación, al compromiso, al hacer todos juntos la historia de la Nación conforma una juventud que se involucra de lleno en el terreno de

la política; pero a su vez, estxs mismxs jóvenes con su propuestas, sueños y proyectos delimitan el terreno y ejercen fuerza para ser tenidos en cuenta en la discusión de la cosa pública, siendo un grupo de presión y un actor político. Por medio de una “epistemología de la esperanza”, Saintout busca alejarse de la mirada pesimista y del relato estigmatizante de lxs jóvenes, con el fin último de “contrarrestar los agobiantes relatos de la historia pensados desde la desesperación y el desaliento” (Saintout, 2013).

### **II.2.3. Breve historización de la categoría adolescencia**

Disciplinariamente los estudios en comunicación, cultura, historia, educación, entre otras ciencias sociales y humanas, han priorizado la categoría juventud para el análisis, mientras que la categoría adolescencia fue más comúnmente desarrollada como estudio analítico de la psicología y la medicina (Bajoit, 2003). Sin embargo, adolescencia y juventud en muchas ocasiones tienden a utilizarse de manera sinónima y homologadas entre sí (Davila Leon, 2004).

Según Mario Magulis, la adolescencia es una categoría clasificatoria de las etapas que atraviesa la vida de las personas en la sociedad, la cual:

Tiene su base en características relacionadas con la edad cronológica, sobre todo en lo que se refiere al cambio y maduración corporal. Remite a elementos significantes que hablan del cuerpo, pero no solamente de cierta madurez del cuerpo, sino del ser humano en su respectivo marco social. Adolescencia es mutación, transformación, metamorfosis. Es desafío que proviene del propio cuerpo insubordinado, del crecimiento desordenado y sorprendente, de las nuevas sensaciones, deseos e impulsos emanados de una química inexorable (2004: 1).

El sociólogo argentino indica que ser adolescente significa también atravesar cambios en la apariencia, en el reconocimiento cotidiano de sí mismo, en la presentación ante el resto de la sociedad. “Es reemprender, día a día, el encuentro con el propio cuerpo, vivido como extraño. Es rehacer también los lazos con los otros y tratar de descifrar el nuevo y confuso lugar que depara el entorno familiar y social” (Margulis, 2004: 1).

Sin embargo, al mismo tiempo reconoce que la adolescencia no se experimenta de forma homogénea por cada sujeto, sino que estas manifestaciones están profundamente influidas y condicionadas por la cultura, la época, el género, la etnia, la religión, la diferenciación social, etc. “Cada sociedad, cada época, cada sector social, construye las formas culturales e institucionales que inciden en esta etapa de la vida” (Margulis, 2004: 2).

Esto sucede, porque las subjetividades se desarrollan en un marco de conceptos, significaciones, valores, costumbres y formas de comportamiento, que otorgan sentido a los modos de inserción en la vida social. Lxs adolescentes deben moverse -aun para rebelarse- “en el marco de posibilidades materiales y técnicas, de obligaciones y

derechos, de restricciones y expectativas, de tentaciones y peligros, que la sociedad ha pautado con respecto a esa etapa del curso vital” (Margulis, 2004: 2).

Por su parte, el antropólogo Ariel Adaszko señala:

Cada sociedad segmenta, clasifica y organiza el ciclo de la vida social en edades de manera diferente (en el caso de las sociedades estratificadas variando incluso de un sector social a otro) ya que la clasificación es función del modo de producción y las estrategias de reproducción de los grupos sociales (Chatterjee et al., 2001). Así, mientras que antiguamente el latín contaba con siete términos para señalar posiciones en el ciclo de vida, en el francés del período del Renacimiento, éstos se redujeron a tres: niñez, juventud y vejez (Ariés, 1962) (2005: 39).

Generalmente, en nuestra cultura se suele caracterizar al adolescente como un sujeto incompleto, que se desarrolla hacia la adultez pero que no cuenta con las capacidades necesarias para ejercer su autonomía de forma plena. Esta conceptualización de los adolescentes se encuentra íntimamente relacionada con la categoría de “individuo” - autónomo y racional- que emerge a partir de la modernidad, “se los definió como sujetos inconclusos cuyos cuerpos debían ser reglados y sus espíritus moralizados antes de reconocérseles el estatus de ciudadanos (Lupton y Tulloch, 1998 y Brownlie, 2001)” (Adaszko, 2005: 40).

Este hecho, estuvo marcado por las revoluciones económica y política que tuvieron lugar en Europa entre los siglos XVII y XIX, las cuales generaron la necesidad de producir nuevas formas de sociabilidad relacionadas con la producción económica y el capital. Así, la burguesía “necesitaba institucionalizar la infancia, pedagogizándola, considerando al niño como una ‘tábula rasa’ sobre la que inscribir sus valores y su moral” (Galende, 1994; en Adasko, 2005: 40-41).

Recién en el siglo XX, en conjunto con las transformaciones en el orden social, político, tecnológico, informático y comunicacional se ha generalizado el uso de la categoría adolescencia. Según Margulis:

Esta mayor velocidad en los procesos de cambio incide en el distanciamiento de los adolescentes respecto de generaciones anteriores y en una creciente inadecuación de los roles y comportamientos incorporados en el medio familiar. Entre los aspectos derivados de estos cambios, que contienen un potencial conflictivo mayor, mencionaremos las transformaciones culturales operadas en el plano afectivo y sexual, por una parte, y por otra, los cambios en el plano de la organización del trabajo y en las formas de inserción laboral (2004: 2).

Asimismo, el sociólogo sostiene que la sociedad actual valora el modelo adolescente “lo proclama, a través de los medios, como el modelo preferido de cuerpo, como objeto supremo de deseo” (Margulis, 2004: 2). Sin embargo, Margulis también advierte que ese adolescente adorado es un imaginario que dista del sujeto real:

Son los rasgos, los gestos y los símbolos de la adolescencia, los que se han convertido en mercancía y venden sus encantos. Pero al adolescente real nuestra

sociedad no lo trata tan bien: debe abrirse camino entre instituciones en crisis, en condiciones de desorientación, de exclusión, de incompreensión, muchas veces en espacios en que enfrenta hostilidad y temor (2004: 2).

En cuanto al desarrollo conceptual de la categoría adolescente, el trabajador social Oscar Davila León señala que se produce dentro de la psicología evolutiva a finales del siglo XIX y con mayor fuerza a principios del siglo XX. Como antecedente de este campo de estudios, varios autores, citan al psicólogo norteamericano Stanley Hall, quien a partir de la publicación de un trabajo científico (1904) se constituyó como hito fundacional del estudio de la adolescencia y pasó a formar parte de un capítulo dentro de la psicología evolutiva (Delval, 1998; Davila Leon, 2004; Adaszko, 2005).

En dicho estudio Hall describe a la adolescencia como una edad especialmente dramática y tormentosa en la que se producen innumerables tensiones, y de gran inestabilidad. Además, el autor señala que la adolescencia supone un corte profundo con la infancia: un nuevo nacimiento -tomando esta idea de Rousseau- en la que se adquiere los “caracteres humanos más elevados” (Davila Leon, 2004; Adaszko, 2005).

Hall estudió los aspectos psicológicos y sociológicos inestables y conflictivos de algunos jóvenes norteamericanos y adjudicó dicho comportamiento a los cambios puberales propios de una etapa biológica.

Al establecer un desencadenante biológico, Hall universalizó el ‘problema adolescente’ leyéndolo como padecimiento y tendió un puente que dio lugar a que la siguiente generación de investigadores interpretara todo problema vinculado con los jóvenes en términos de la oposición salud/enfermedad (Adaszko, 2005: 43).

Al mismo tiempo, Pierre Bourdieu (1990) reconoce que esta operación de homologación a partir de un proceso biológico de carácter universal definió a lxs jóvenes de los sectores más desfavorecidos como adolescentes igualándolos a lxs de clases medias y altas aunque sus experiencias tenían muy poco en común. Otras corrientes de la psicología y de las ciencias sociales rechazaron parcial o totalmente esta idea, señalando la ausencia de investigaciones empíricas que dieran cuenta de un proceso universal (Adasko, 2005).

Asimismo, desde la antropología se reconoce que no todas las formas de sociabilización consideraron de igual manera los cambios biológicos presentes en el desarrollo de la pubertad. Por ejemplo, las sociedades etnográficas, las expectativas asociadas al rol de adulto eran aprendidas en esa etapa sin que esto produjera una polarización con la adultez. Por el contrario, en las sociedades occidentales se espera que “los adolescentes, igualados a los niños, no realicen contribuciones económicas a su hogar, no participen en la crianza de sus hermanos menores, y posterguen lo máximo posible su iniciación sexual” (Adaszko, 2005: 44).

Pese a las diferencias, se puede reconocer que desde todas estas miradas se colocó al principio de la adultez como un valor máximo, por lo que las intenciones pasaron a focalizarse sobre los mecanismos que permitirían controlar que los sujetos “en crisis” se adaptaran y alcanzaran su maduración. En este sentido, la adolescencia fue concebida como un período en transición cuyo parámetro último era el individuo competente para desenvolverse en una sociedad de mercado. Esto cobra sentido, al momento que se comprende que la categoría de adolescencia es una construcción sociohistórica, cultural y relacional en las sociedades contemporáneas, al igual que la infancia y la adultez. Esto permite pensar que se encuentran en permanente cambio, resignificación y disputa.

El concepto de adolescencia es una construcción social. A la par de las intensas transformaciones biológicas que caracterizan esa fase de la vida, y que son universales, participan de ese concepto elementos culturales que varían a lo largo del tiempo, de una sociedad a otra y, dentro de una misma sociedad, de un grupo a otro. Es a partir de las representaciones que cada sociedad construye al respecto de la adolescencia, por tanto, que se definen las responsabilidades y los derechos que deben ser atribuidos a las personas en esa franja etaria y el modo como tales derechos deben ser protegidos (Ação Educativa *et al.*, 2002:7).

Así, desde el punto de vista biológico y fisiológico, la adolescencia es nombrada como una etapa de crecimiento y de cambios corporales, en donde también se presenta el comienzo de la capacidad reproductiva (Florenzano, 1997). Desde el punto de vista del desarrollo cognitivo o intelectual se caracteriza a la adolescencia a partir de la aparición de cambios cualitativos en la estructura del pensamiento: la configuración de un razonamiento social, teniendo como relevancia los procesos identitarios individuales, colectivos y sociales, vinculados con el conocimiento del yo y los otros, el conocimiento y aceptación o rechazo de los principios del orden social (Moreno y Del Barrio, 2000). En el campo de la salud, se justificarán las prácticas de control, presentadas como intervenciones destinadas al cuidado de los adolescentes mientras se enfrentan a una serie de pruebas que deberán superar con éxito para ser reconocidos como adultos responsables (Adasko, 2005).

Para mediados de siglo, momento en que en los Estados Unidos y Latinoamérica se crean los primeros servicios de salud especializados en la atención de adolescentes, ya se había consolidado en el imaginario colectivo la representación social que aún hoy persiste sobre la adolescencia. A partir de allí, en la década siguiente, empieza a pensarse el embarazo como problema de salud pública, fenómeno que hasta entonces no había merecido mayor atención por parte del sector (Adasko, 2005: 46).

#### **II.2.4. Nuevas agendas en salud para y desde las juventudes**

La Consultora Internacional en Políticas de Adolescencia y Juventud, Dina Krauskopf (2003), distingue tres tipos de políticas de salud que conciernen a la juventud de acuerdo a los paradigmas que las sostienen: las tradicionales, que enfocan el período

juvenil como una transición hacia la adultez, meta de su preparación; las reduccionistas, donde aparece el sujeto juvenil como portador de problemas que amenazan el orden social o como objeto de asistencia por el déficit en su desarrollo; y las avanzadas, que se orientan al empoderamiento de lxs jóvenes como ciudadanxs y actores estratégicos del desarrollo.

Estas tres dimensiones conviven y disputan actualmente los sentidos sobre las adolescencias. Sin embargo, existen momentos de gran polarización en donde se pueden ver distinguidas en diferente grado según la época histórica que el Estado argentino transitó a lo largo de las últimas décadas, siendo el segundo el enfoque priorizado desde el comienzo de la última dictadura cívico-eclesiástico-militar argentina hasta fines de las década del '90; y el tercero como perspectiva emancipadora, producto de las políticas implementadas a nivel nacional en los últimos 10 años.

Bajo el paradigma tradicional, los jóvenes son definidos por el pasaje, como transición, impidiendo considerar otras posibilidades de configuración y por lo tanto, se limita a visibilizar sólo a aquellos sectores de la juventud que pueden habitar la moratoria.

Los fundamentos del paradigma tradicional de preparación no reconocen el hecho actual de un futuro incierto ni, tampoco, que en los estratos pobres de la región, frecuentemente, se encuentra la premura psicosocial, la que no espera más allá de los cambios hormonales de la pubertad, para las responsabilidades de automantenimiento y mantenimiento familiar. Tampoco se incorpora el hecho de que, con la globalización y la modernización, el conocimiento y la flexibilidad para los aprendizajes, pasaron a ser sustantivos, y son, precisamente, el punto fuerte de las capacidades juveniles. Los cambios actuales posicionan de modo distinto el rol y la jerarquía de la experiencia, lo que conduce a que el modelo adulto contemporáneo deba dejar de ser considerado un parámetro suficiente para orientar la preparación (Krauskopf, 2010: 92).

Teniendo en cuenta que las representaciones y prácticas de salud no son hechos aislados ni espontáneos, ya que tienen un desarrollo y una ubicación en el tiempo y en el espacio, en estrecha relación con la realidad económica, política, social y cultural de una comunidad o de un grupo social; la problemática de la salud debe afrontarse en el marco de la sociedad de la cual es parte cada persona (Viveros, 1993).

Entonces, para comprender el contexto actual en que lxs jóvenes son interpeladxs en tanto sujetos de derecho, resulta necesario reconocer una serie de procesos histórica y políticamente situados en nuestro país por medio de los cuales la concepción misma del Estado como garante de derechos y facilitador de la inclusión social posibilitó la conformación de un mapa significativo de la vida pública que implicó nuevos enfoques y estrategias de abordaje.

En este sentido, podemos notar que los compromisos en salud se vieron modificados. Durante los años 90, la salud era primordialmente contemplada desde la patología, así

los principales datos sanitarios provenían de las internaciones de pacientes o prácticas de complejidad. La actualidad requiere pensar a la salud desde la promoción de conductas saludables de la comunidad, y desde el desarrollo de prácticas destinadas a prevenir los efectos adversos del ambiente sobre la salud humana. Así, resulta indispensable que la población conozca sus derechos.

La implementación de políticas neoliberales y la consecuente devastación económica generaron, en términos de la especialista en antropología y salud, María Epele, la expropiación del bienestar, como dimensión económica y política que disolvió progresivamente las formas tradicionales de contención social.

Este nuevo mapa político y social, el bienestar que con anterioridad era responsabilidad del Estado, de tradiciones comunitarias y de redes sociales, había sido atomizado y anudado con el “mercado” en diversas formas, niveles y prácticas de consumo”, el desmantelamiento de las formas tradicionales, generales y locales de producción del bienestar que la autora enumera como trabajo, seguridad social, derechos sociales a la salud, justicia igualitaria, mecanismos de reciprocidad en contextos locales, vínculos sociales de soporte, cuidado y protección, propició la mercantilización del bienestar y las nuevas formas de anudamiento: atomizaciones, desplazamientos, privatizaciones (Epele, 2010).

La traumática salida de la convertibilidad, desató un colapso del modelo económico y del modelo político del Estado argentino. La grave crisis de gobernabilidad fue acompañada por la multiplicación de colectivos de deliberación social, política y económica, que desbordaron los canales institucionales tradicionales del Estado. Emergieron en el escenario movimientos de asambleas barriales, de recuperación de empresas en quiebra, y modos de intercambio a través del trueque, entre otros fenómenos, como expresiones colectivas que venían a paliar los costos de la crisis.

Durante la larga década neoliberal en la Argentina, cuando la escuela, el trabajo, la política y la familia propia se transforman en vías rotas e incluso a veces en vías muertas para acceder al mundo adulto, para hacerse cargo de la posta; los jóvenes son considerados más que nunca incapaces, fallados, ausentes, y en ocasiones hasta monstruosos. Se los culpabiliza de que no pueden hacerse cargo del futuro, de que están desinteresados en él. Y en este acto de culpabilización se ocultan las estructuras profundas que están haciendo del mundo un lugar inviable, no solo para y desde los jóvenes, sino para las grandes mayorías de la sociedad. Pero, además, se soslayan las condiciones a las que se los está convocando, la sociedad que se les está entregando. Jóvenes que han sido traídos a un mundo marcado por la precarización, por la vulnerabilidad, por el desconcierto y el riesgo global, pero a los que se les exige compromiso e interés. Y a quienes, ante la falta de la respuesta esperada, se los responsabiliza de la ausencia de futuro (Saintout, 2013: 11).

En este mismo sentido, Débora Kantor sostiene que se trata de “tiempos de violencias consolidadas, que disparan sobre adolescentes y jóvenes más presiones, exigencias y

acusaciones que puntos de apoyo. Y duele más aún en condiciones de exclusión y de injusticia” (2010: web).

Volviendo a los tres postulados de Krauskopf, podemos ver que a partir del último golpe de Estado en la Argentina e incluso hasta la década del `90, los enfoques sobre juventudes estuvieron muy ligados con el segundo tipo de política que señala la autora, la cual entiende a los jóvenes como perturbadores del orden social. Desde esta perspectiva, la juventud es analizada a partir de políticas reduccionistas, sectoriales y compensatorias (Krauskopf, 2010; Cháves, 2007). En este sentido, una serie de temas enmarcan, restringida y negativamente, la vida juvenil: los problemas de salud sexual y reproductiva, la delincuencia, las drogas, la deserción escolar, las maras o bandas, etc.

Desde este paradigma, la causa última de las patologías juveniles se identifican con el sujeto juvenil: su propia conducta es considerada un factor de riesgo. De ahí que la intervención priorice la acción en el sujeto descuidando el contexto. Dina Krauskopf indica que “a partir de estos polos sintomáticos y problemáticos, se construye en la sociedad una percepción generalizadora de la juventud que la estigmatiza, y su visibilización es negativa” (2010: 94). En este contexto:

Los programas son orientados a los comportamientos de riesgo y transgresión, a su asistencia y prevención, así como existen, también, aquellos que se inspiran en matrices de corte autoritario para la rehabilitación de jóvenes y abogan por incrementar los mecanismos de control y represión social para protección de la sociedad (Krauskopf, 2010: 94-95)

Así, es como se instala en la atención juvenil en salud la universalización del riesgo a partir de las características de estos sujetos consideradas como propias de su etapa de maduración, y que de alguna manera sintetizan el pánico social. Ante esto, para Krauskopf es necesario diferenciar entre las conductas de riesgo y las conductas riesgosas:

Las conductas de riesgo son las que comprometen aspectos del desarrollo psicosocial o la supervivencia de la persona joven. Se dan en aquellos adolescentes que tienen un estilo de vida consistente en conductas que representan verdaderos factores de riesgo para su desarrollo y su entorno, y pueden, incluso, buscar el peligro en sí mismos. Las conductas riesgosas son aquellas en las que se asumen cuotas de riesgo como parte del compromiso y de la construcción de un desarrollo enriquecido y más pleno. Se pueden ver como parte necesaria del proceso de toma de decisiones en las condiciones que ofrece la sociedad moderna (2010:95).

Luego de la crisis postneoliberal, se dio un proceso de inclusión en Argentina que permitió comprender a las adolescencias desde otro punto de vista: sujetos con autonomía progresiva que reclamaban ante el Estado el ejercicio de sus derechos. Es frente a este desafío que las instituciones públicas encuentran la necesidad de superar obstáculos de acceso para la población juvenil.

### II.2.5. Adolescencias, cuerpos y sexualidades

Anteriormente en este capítulo se ha desarrollado el abordaje del cuerpo según la tradición de los Estudios de Género; en el campo de las juventudes, el cuerpo también tiene variadas perspectivas de abordaje con una línea problemática principal que analiza como los modelos corporales influyen en la construcción de las subjetividades, tanto en el nivel individual como en el de las representaciones colectivas.

En primer lugar aparece la pregunta específica por la corporalidad, entendida como experiencia con y desde el cuerpo. Aquí se encuentran las posturas que centran su mirada a nivel biológico, como suele hacerlo el discurso de la medicina, priorizando la inquietud por el desarrollo morfológico, las habilidades motrices y la configuración anatómica, como vimos anteriormente.

Por otro lado, la corporalidad juvenil también es abordada desde posturas socioculturales, lo que implica poner en relación el cuerpo y la cultura, para ahondar en la complejidad de significados y simbolizaciones que construyen los cuerpos juveniles y configuran subjetividades. Entonces, se comprende que el cuerpo es vivido y percibido en función de la cultura. Cada cultura construye históricamente sus formas de relacionarse con el cuerpo, al cual se atribuye un caudal simbólico que da cuenta de procesos históricos y sociales conflictivos.

En este sentido, el lenguaje, las maneras de comunicación no verbal, la indumentaria, los consumos culturales, son factores importantes al momento de analizar los cuerpos juveniles (Kornblit, 2007). Así, el sujeto joven se constituye a partir de la producción de una imagen, tanto para sí mismo como para unxs otrxs de lxs que se puede diferenciar o parecer.

En este mismo sentido, Kantor analiza cómo los cuerpos de los jóvenes por medio de cortes, tatuajes y demás inscripciones o lesiones en el cuerpo manifiestan estados subjetivos y sociales:

Hoy más que nunca se exhiben, se intervienen y se manipulan, son vulnerados por las políticas de la marginación, confiscados por el mercado de consumo y consumidos por la medicina de mercado; se venden, se alquilan o se mutilan para sobrevivir; se constituyen también en territorio proclive a las marcas que produce el dolor de no poder cortar de otra manera sufrimientos de diversa índole (Kantor, 2010: web).

Es decir, los condicionamientos culturales que operan sobre el cuerpo pueden ser pensados desde diferentes niveles: como identidad, como soporte material y por lo tanto como objeto de transformación a partir de las costumbres, los conocimientos, los códigos alimenticios, la forma de relacionarse con los problemas de salud y con los aportes de la medicina, etc. (Margulis, 2004).

Por otro lado, desde los medios de comunicación y desde el aparato publicitario de las grandes marcas se instala en el imaginario social un ícono de joven y un cuerpo juvenil como medida del deseo; se hace visible un imaginario de joven legítimo, de aceptación global fuertemente configurado desde unos medios de comunicación que difunden estéticas y consumos que parecieran ignorar las corporalidades y circunstancias locales (Montoya, 2003). A este tipo de joven, Saintout lo denomina “joven exitoso” y lo relaciona con el mercado sumiendo que es un ícono que el modelo político-económico neoliberal necesita para su reproducción, cuya imagen es reforzada y multiplicada desde los dispositivos comunicacionales (Saintout, 2011).

Sin embargo, pese a que el imaginario se universaliza, el acercamiento que se da a esa iconografía está íntimamente relacionado con el acceso económico, siendo los sectores más pobres los desfavorecidos:

Los sectores medios y altos han incorporado la posibilidad de un mayor control del cuerpo, de usar tecnologías referidas al cuerpo el que se orienta, de modo creciente, hacia la presentación de la persona ante la sociedad. El cuerpo se distancia: es vivido como maleable, procesable y sobre él se puede actuar por medio de la medicina para la preservación de la salud, o bien tratando de adecuarlo a los modelos estéticos en boga, para lo cual florecen ámbitos de la economía vinculados con la dieta, la cirugía, la cosmética, o la gimnasia y los deportes (Margulis, 2004: 3).

Estas disposiciones estéticas se vinculan íntimamente con la sexualidad, generando una cadena significativa que articula cuerpo-deseo-sexualidad, y que condiciona prácticas referidas al placer y al autocuidado.

Estos aspectos, según Margulis se encuentran fuertemente condicionados por la situación económica:

Los ingresos y los medios materiales para poder acceder a consumos y servicios (...) están muy limitados en los sectores populares. Así, es indudable que el acceso a los servicios de salud es más restringido, difícil y de menor calidad que en los sectores medios y que, por ejemplo, para mantener la silueta esbelta propiciada por la imposición mediática de los modelos corporales en boga, es preciso gastar más dinero que para sustentar la dieta altamente calórica que es habitual en las comidas de los sectores más pobres (Margulis, 2004: 4).

Por otra parte, los médicos Diana Pasqualini y Alfredo Llorens (2010), vinculan la sexualidad de los adolescentes a los cambios corporales, influenciados entre otros factores por las hormonas, y los mandatos sociales y culturales.

La sexualidad es más que el funcionamiento genital, tiene que ver con estilos de vida, roles sexuales y formas de relacionarse con el entorno. Incluye intercambio afectivo, comunicación, preocupación por las necesidades del otro, crecimiento mutuo a través de la relación. La capacidad de intimar, de comprometerse amorosamente con el otro y de armar un proyecto en común se adquiere en la adolescencia tardía. Pero la percepción que los y las adolescentes pueden tener

de esta situación no siempre coincide con la de los adultos, ya que el deseo de atraer al otro se despliega con toda su intensidad desde la pubertad (Pasqualini & Llorens, 2010: 30)

Margulis acuerda con esta percepción generacional de la sexualidad asociando mandatos culturales de comportamiento restrictivo por parte de lxs mayores hacia lxs adolescentes. Asimismo, el sociólogo distingue este comportamiento de manera diferencial entre los sectores medios y los sectores más pobres de la población.

Señala que en los sectores medios se instaló en las últimas décadas, códigos diferentes respecto de la sexualidad y la permisividad como por ejemplo el hecho de permitir a sus hijxs que tengan relaciones sexuales con sus parejas en el domicilio familiar; acompañar a sus hijas a la consulta ginecológica; conversar con sus hijos sobre los cuidados de las infecciones de transmisión sexual y métodos anticonceptivos. Estas prácticas parentales se encuentran íntimamente vinculadas con la noción de proyecto de vida: estudiar, elegir una carrera profesional, viajar, conocer, abrirse hacia universos de saberes, consumos, realizaciones artísticas, etc. En cambio en los sectores populares las mujeres no suelen disponer de esas alternativas: la maternidad se presenta como prácticamente la única vía de afirmación y realización personal (Margulis, 2004).

Una muchacha de los sectores medios tiene, respecto de generaciones anteriores, una actitud más libre hacia lo sexual: en general mantiene relaciones sexuales desde edades bastante tempranas, se siente bastante segura porque usa con eficiencia los métodos anticonceptivos y confía en ellos, atiende a su salud y consulta regularmente a su ginecólogo. En cambio, una joven de los sectores populares se encuentra en circunstancias muy diferentes. La sexualidad se practica pero no se acepta (...) También inician relaciones sexuales desde muy jóvenes, pero en condiciones de prohibición familiar y de clandestinidad. En un medio carente de dinero, con un gran número de jóvenes que no estudia ni trabaja, las relaciones sexuales se producen en forma poco hablada, en sitios que no son siempre propicios, a escondidas, con incomodidad. Las más jóvenes no suelen protegerse ni tienen posibilidad de hacerlo. El uso de preservativos por parte de los varones es poco frecuente, por razones vinculadas al propio goce, por previsión o, simplemente, por desaprensión y egoísmo (Margulis, 2004: 5)

En este sentido, las políticas de salud vinculadas a la sexualidad adolescente reviste una complejidad vinculada a las pautas morales de la familia, de lxs jóvenes y de lxs profesionales de la salud en donde se entreteteje el deseo, la autonomía y el tutelaje de las conductas: tanto por cuidado como por efecto normalizador.

Existen numerosos estudios acerca del embarazo adolescente como problema de salud, ya que se configura como una de las prioridades de las agendas internacionales, uno de los estudios que más interesa destacar es el realizado por Mónica Gogna, ya que desafía algunas pre-conceptualizaciones naturalizadas en la tradición de este tipo de estudios en salud.

Gogna en su libro *Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas* (2005a) pone de relieve que la caracterización del embarazo como problema se vincula en verdad con condiciones previas a la gestación dadas por la propia ausencia del Estado en las posibilidades de las adolescentes de prevenir embarazos no buscados o postergar la maternidad. Por lo tanto, las nombradas “consecuencias” son en verdad las condiciones que configuran la maternidad como proyecto de vida juvenil.

## **II. 3) La salud como campo de disputa**

### **II.3.1 Los paradigmas sanitarios, un breve recorrido histórico de las teorías epidemiológicas**

Desde 1948, la Organización Mundial de la Salud (OMS) -autoridad rectora en los asuntos sanitarios mundiales- define a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2018). Sin embargo, la interpretación de lo que es la salud ha variado a lo largo de la historia -al igual que las categorías de género, adolescencia y juventud- y como todo significativo, pese a las fijaciones dominantes de una época, continúa en disputa.

Mucho antes del nacimiento de la medicina social y de que la salud sea considerada un derecho en la agenda internacional, ya en la Antigua Grecia dos mujeres representaban una tensión fundacional entre el concepto de salud como fenómeno individual y la salud entendida como construcción colectiva. Panacea e Higía, hijas de Asclepios, el dios de la salud en la mitología griega son exponentes simbólicos de esto: mientras que Panacea tenía el don de curar a los enfermos, Higía encarnaba el equilibrio entre los seres humanos y el ambiente (Clavreul, 1983).

Esta tensión continúa aún presente en los imaginarios sociales en torno a la salud, específicamente en los y las profesionales que se desarrollan en el ámbito de la atención sanitaria: atención médica basada en el organismo o atención integral en las comunidades. Aunque parecieran representar visiones excluyentes, ambas conviven en el sistema sanitario y los programas que se diseñan y desarrollan en torno a la salud de lxs ciudadanxs.

En algunos momentos históricos, un concepto prima por sobre el otro: tal es el caso de la teoría de germen y el neoliberalismo, cuyo enfoque casi anuló los estudios socio-culturales en salud. Esta primacía se dio en gran medida por la eficacia de los desarrollos tecnológicos en el campo de las enfermedades infectocontagiosas, pero principalmente por el respaldo de un modelo económico y político acentuado en el individuo.

Esto permite pensar que la salud, más que un estado presente en los organismos humanos, es una cuestión social y política. La propia Historia muestra que las luchas por la salud de los pueblos estuvieron íntimamente ligadas a las luchas por la soberanía, la igualdad de derechos y la justicia social.

Al remontarse a los orígenes de la medicina social en Inglaterra, Francia y Alemania, pos Revolución Industrial, se distingue que la organización política en defensa de la clase trabajadora explotada implicó también la necesidad de reconocer en términos políticos las condiciones sociales de vida. En el libro *Las condiciones de la clase trabajadora en Inglaterra*, Friedrich Engels puso de relieve que el desgaste de la clase trabajadora, en cuanto a la explotación de su fuerza de trabajo, deterioraba profundamente sus condiciones de vida y de salud (Almeida Filho & Rouquayrol, 2008: 29). Fue en ese marco que se reconoció a la medicina como una práctica política, cuyo gran exponente fue Rudolf Virchow, quien en Alemania lideró el movimiento médico-social, motivo por el cual, luego de la represión de las comunas de Berlín y París, fue condenado al exilio (Trotsky, 1986 en Urquía, 2008).

Virchow realizó un informe sobre la epidemia de tifus que tuvo lugar en Alta Silesia en los inviernos de 1847 y 1848. Ese informe es considerado por algunos autores como uno de los clásicos de la Medicina Social (Taylor & Rieger, 1985), dado que dentro de las recomendaciones para erradicar esta epidemia a largo plazo incluían: la democracia ilimitada, la devolución de la capacidad de decisión política al pueblo, la erradicación de la Iglesia, una reforma impositiva, una reforma agrícola, educación universal y desarrollo industrial, es decir, una profunda reestructuración social.

De esta forma, Virchow dio cuenta de que la “epidemia de tifus fue solamente posible bajo estas condiciones y que en última instancia fue el resultado de la pobreza y del subdesarrollo de Alta Silesia” (Taylor & Rieger, 1985: 551). Como respuesta, las autoridades prusianas ordenaron la suspensión de Virchow y lo obligaron a dejar Berlín. Es al propio Virchow que se le atribuye la célebre frase: “La medicina es una ciencia social, y la política no es más que medicina en gran escala”.

Marcelo Urquía señala en su libro *Teorías dominantes y alternativas en Epidemiología* que “para Engels la salud era un aspecto entre otros que manifestaban la desigualdad de la sociedad y la necesidad del cambio social. Para Virchow, la salud era la *via regia* de transformación de la sociedad” (Urquía, 2008:67).

En base a estos movimientos médico-sociales es que nace el concepto de “epidemias artificiales” para mostrar cómo la inequidad social afectaba el estado de salud de la población, lo cual puso en tensión la idea de que la causa de las enfermedades era constitutivamente azarosa y natural. Así se dio lugar a la discusión que se mantuvo hasta entrado el siglo XX, sobre si es la pobreza la que precede a la enfermedad o si la enfermedad precede a la pobreza. Algo similar al planteo que se desarrolló

previamente en este capítulo acerca del embarazo adolescente y las condiciones previas o posteriores a dicha gestación.

Se puede ver, entonces, que estas discusiones se han sostenido hasta la actualidad con mayor o menor injerencia dentro de los programas sanitarios ejecutados por los Estados a fin de mejorar la calidad de vida de lxs ciudadanxs. Entender la construcción del concepto de salud desde el ámbito epidemiológico y científico es parte de la comprensión de una complejidad que reviste el entramado de los sistemas de atención médica siendo estos claves en el cumplimiento de derechos de lxs ciudadanxs.

Los cambios de paradigmas epidemiológicos –principal ciencia de información en salud- estuvieron ligados a modelos económicos y proyecciones políticas de diferente índole. En este sentido, los llamados “descubrimientos científicos” fueron un discurso posible en el marco de una construcción simbólica que habilitó ciertos modelos económicos que se proponían instaurar como dominantes. La discusión en torno a la salud no fue, entonces, la discusión por el mundo molecular, sino por la dimensión de los modos de vida y de relaciones vinculares que se pretendían generar. Entender las construcciones teóricas en cada uno de sus contextos de formulación, es decir: el contexto de producción de las teorías epidemiológicas.

Naomar de Almeida Filho y Maria Zélia Rouquayrol definen a la epidemiología como:

La ciencia que estudia el proceso de salud-enfermedad en la sociedad, analizando la distribución poblacional y los factores determinantes del riesgo de enfermedades, lesiones y eventos asociados a la salud y de protección, promoción o recuperación de la salud individual y colectiva, produciendo información y conocimiento para apoyar la toma de decisiones en la planificación, administración y evaluación de sistemas, servicios y acciones de salud (2008: 16).

Sus raíces históricas están asociadas a la clínica, la estadística y la medicina social -esta última de gran relevancia para el desarrollo de los movimientos sociales en salud-. En este sentido, la etimología de la palabra epidemiología es: ciencia de lo que ocurre en el pueblo (Nájera, 1988; White, 1991; Rey, 1993, en Almeida Filho & Rouquayrol, 2008).

Es en el campo de la epidemiología en el cual se inserta la disputa por la significación de los procesos de salud-enfermedad, donde se sientan las bases de la evaluación sobre la preponderancia de ciertas enfermedades por sobre otras y donde se corresponden los modelos de intervención de los Estados que dan respuesta a los indicadores sanitarios.

Tres grandes paradigmas han marcado el desarrollo de la epidemiología desde los escritos de Hipócrates hasta la actualidad: la Teoría Miasmática, la Teoría del Germen y la Teoría del Riesgo -que aún continúa siendo preponderante en la actualidad-. Estas teorías fueron dominantes en el momento histórico que se desarrollaron y estuvieron

promulgadas y condicionadas por los avances científicos, los modelos económicos y las propuestas políticas de cada época. Al mismo tiempo, subsistieron teorías y enfoques alternativos a los dominantes, que no obtuvieron el mismo reconocimiento pero que también intentaban dar respuestas a los hechos acontecidos en cada época.

Desde la epidemia de la Peste Negra del siglo XIV (peste bubónica) hasta principios del siglo XIX las medidas de prevención estuvieron inspiradas en el contagionismo, el cual sostenía que la enfermedad se transmitía de los enfermos a los sanos, por lo que sus prácticas de intervención y control de las enfermedades se basaban en el aislamiento social (Urquía, 2006).

Al mismo tiempo, surgió un grupo de opositores al régimen contagionista que basaban sus argumentos en la gran cantidad de dinero que se perdía anualmente por las políticas de aislamiento social. Los anticontagionistas formaban parte de la ideología liberal que buscaba una nueva forma de controlar los procesos de salud-enfermedad sin la necesidad de interferir en el sector productivo de la sociedad. A partir de ese momento la causa de las enfermedades dejó de ser principalmente un problema médico: resultaba imposible separar el debate científico acerca de las causas de las enfermedades de sus consecuencias económicas (Urquía, 2006).

Para los liberales, el saneamiento, en tanto política sanitaria, constituyó una alternativa a la cuarentena (Ackerknecht, 1948). Ésta no solo interfería en el comercio, y por lo tanto con los intereses de la clase dominante, sino que también contradecía el axioma de que el gobierno no debía interferir con la economía (Urquía, 2006: 33).

El contagionismo, entonces, quedó asociado a la idea de atraso y se constituyó como enemigo de los ideales de progreso, individualismo y libertad de la Revolución Industrial. Es en ese marco en el que la Teoría Miasmática se impuso inaugurando la era de las estadísticas sanitarias.

La Teoría Miasmática sostenía que las enfermedades se contraían a partir de emanaciones impuras del suelo, aire y agua, afirmación que se veía respaldada por el hecho de que los pobres, los malos olores y las enfermedades eran localizados en los mismos lugares (Urquía, 2006). Las condiciones de vida de las poblaciones tomaron un peso fundamental en el estudio de la distribución de enfermedades, facilitando así las intervenciones en obras públicas como las construcciones de drenajes, cloacas, redes de agua, recolección de basura y mejora de infraestructura.

Es en este momento en donde también nace la medicina social, interpretada por varios autores como alternativa a la Teoría Miasmática. Sin embargo, Marcelo Urquía señala que en el caso del movimiento alemán, la complejidad de la perspectiva de la medicina social era aún más profunda: “la posición de Virchow no era alternativa a la teoría miasmática sino al sistema político dominante” (Urquía, 2006: 35).

El modelo de análisis de esta teoría, entonces, se basó en evidenciar los diferenciales de mortalidad por regiones según la sanidad del ambiente, lo que puso sobre relieve la unidad territorial como la unidad epidemiológica de los procesos de salud-enfermedad. A partir del siglo XX, con la Teoría del Germen se correrá el foco de estudio sobre el territorio para poner el acento sobre el individuo como unidad de análisis privilegiada.

La Teoría del Germen, se instituyó como dominante a partir del descubrimiento del bacilo de Koch en la década del '80:

La fecha del descubrimiento del bacilo de la tuberculosis por parte de Koch es usada para marcar el comienzo de la era bacteriológica, cuya hipótesis etiológica era que cada enfermedad tiene una causa única y específica, en este caso, un microorganismo (Urquía, 2006: 69).

Así, el modelo de análisis pasó a ser el laboratorial y las medidas sanitarias radicarón en el desarrollo de vacunas para evitar la transmisión de la enfermedad y aislando a los afectados a través de la cuarentena y en hospitales para infecciosos.

Así, las cuestiones sociales y culturales fueron relegadas, así como las intervenciones del Estado en materia de infraestructura y saneamiento. Los nuevos aliados de los gobiernos fueron los laboratorios y la industria farmacéutica, que recibieron grandes financiamientos para el desarrollo de tecnologías en salud.

Resulta curioso que durante el apogeo de este paradigma las ciencias sociales se institucionalizaron como disciplina. Sin embargo, la medicina científica avanza en otro sentido: una concepción puramente biológica del ser, que comprende al individuo como un cuerpo pasivo.

Años más tarde la Teoría del Germen fue reemplazada por una nueva teoría, la del Riesgo. El paradigma del riesgo es el que en la actualidad se presenta como dominante en la comprensión de la salud, aunque varios estudios críticos se encuentren ya señalando la necesidad de construir una visión superadora. De todas formas, la Teoría del Germen subsiste en el entramado sanitario actual incrementando los desarrollos en nuevos medicamentos y tecnologías, así como las políticas de vacunación.

### **II.3.2. El riesgo en salud**

El concepto del riesgo en epidemiología se constituyó como un núcleo neurálgico en las discusiones sobre la etiología en los procesos de salud-enfermedad. En dirección contraria a clausurar los estudios epidemiológicos a un único factor causante de las enfermedades, amplió el mapa de disputa entre las relaciones del Estado, el mercado y la cultura. Esta apertura no significó necesariamente una transformación en el abordaje explicativo, ni tampoco un facilitador de intervenciones sociales que modificasen las estructuras originales de los procesos de salud-enfermedad. Sin

embargo, puso en evidencia una clara tensión sobre la centralidad de los estudios biomédicos como únicos garantes de la salud de las poblaciones.

La Teoría del Riesgo presenta así ventajas y limitaciones, y dentro de estas últimas es donde se torna primordial la formulación de teorías alternativas que asuman el desafío de pensar la cultura no ya como una variable más e independiente dentro de los factores probabilísticos, sino como un tejido central del mapa de relaciones de poder entre los diferentes actores que componen la sociedad.

En este sentido, el riesgo como concepto introdujo de alguna manera la cuestión sociocultural como parte de la hipótesis etiológica (Urquía, 2006). Es decir, hasta la aparición de la Teoría del Riesgo, tanto la Teoría del Miasma como la del Germen -con diferentes matices- consideraron a la causa etiológica de la enfermedad como un aspecto externo al ser humano. Era un contaminante, virus, bacteria, el que provocaba una serie de síntomas perjudiciales al estado de salud del individuo (Buck *et al.*, 1998).

Sin bien la Teoría del Miasma siempre ha sido reconocida por un aspecto social, el contenido sociocultural de esta teoría no estaba dado por la causa etiológica de la enfermedad sino por las intervenciones que estos estudios habilitaron: reestructuración de ciudades y formas de habitarlas (Urquía, 2006). La Teoría del Riesgo introdujo, por el contrario, la posibilidad de pensar que el propio sujeto tiene injerencia en los procesos de salud-enfermedad a partir del desarrollo de ciertos hábitos y conductas. En este sentido, lo que determina la distribución de la enfermedad y la exposición al germen, ya no es el comportamiento del agente externo, sino las relaciones entre personas.

Así, se abrió paso a la explicación multicausal en los procesos de salud-enfermedad, a partir de este paradigma se pasó de la consideración de una linealidad causa-efecto al reconocimiento de varios factores actuantes en el proceso de salud-enfermedad. Esto se debe a que la introducción de lo sociocultural en los estudios epidemiológicos puso en tensión los principios del conocimiento científico positivista e introdujo el desafío de tener que considerar una multiplicidad de variables, entre las cuales se encontraban las derivadas por la propia capacidad de agencia humana. El concepto de “huésped pasivo” se puso en crisis y con él la posibilidad de identificar un único factor causante de la enfermedad (Urquía, 2006).

Al mismo tiempo, se incorporaron a las agendas sanitarias los estudios acerca de las enfermedades no infecciosas. Uno de los motivos principales de la pérdida de centralidad de la Teoría del Germen, fue la imposibilidad que tuvieron sus estudios en dar respuesta a las enfermedades crónicas no transmisibles -las cuales ocupan la mayor parte de las preocupaciones de las democracias actuales-. En este sentido, Almeida Filho señala que “la idea de riesgo ha sido crucial para el desarrollo de una epidemiología de las enfermedades no infecciosas” (Almeida Filho, 1992: 26).

Sin embargo, esta apertura a lo sociocultural no necesariamente implicó un gran éxito en las interpretaciones del análisis epidemiológico ni en la implementación de acciones en los territorios (Ayres, 2002). Además de esas limitaciones, varios autores señalan que la Teoría del Riesgo presentó una deficiente conceptualización de lo sociocultural y una imposibilidad de mediar entre los análisis heurísticos y holísticos de las poblaciones (Almeida Filho, Castiel & Ayres, 2009).

Esto estuvo relacionado con la ausencia de incorporación de conceptos sociales específicamente definidos a los estudios epidemiológicos. Un ejemplo clave es la definición de población, que desde esta epidemiología fue comprendida como la suma de individuos descartando al mismo tiempo las múltiples y complejas interrelaciones sociales que conforman, condicionan y moldean las estructuras sociales (Urquía, 2006).

Este problema trajo a colación los debates acerca de la causalidad en los procesos de salud-enfermedad, bajo la pregunta de si la mera suma de factores daba necesariamente un estado de salud determinado (Kenneth *et al.*, 2011). En el ejercicio probabilístico del riesgo se encuadra entonces una sumatoria de factores que, independientes entre sí e independientes a sus orígenes, actúan sobre el proceso de salud-enfermedad sin distinción.

En este sentido, Almeida Filho cuestiona una tendencia reduccionista en la noción de riesgo “definida simplemente como un juego de probabilidades de instalación de la enfermedad, dada una serie finita de factores de exposición” (Almeida Filho, 1992: 21). El riesgo cobra así un carácter técnico-instrumental que disfraza como causal la relación naturaleza-salud-sociedad, siendo esta mucho más compleja que una simple “modalidad del ambiente” (Urquía, 2006: 125). Además, Urquía advierte que “los factores sociales y culturales son los que quedan más alejados del evento en la cadena causal y por lo tanto los que menos atención reciben” (Urquía, 2006: 125).

Como consecuencia de las dos limitaciones señaladas con anterioridad, los análisis epidemiológicos pusieron el foco en el individuo como unidad primaria de estudio (Almeida Filho, Castiel & Ayres, 2009). Esto significó, que -no tan discordante con la Teoría del Germen- era el tratamiento individual el que resultaría efectivo en los procesos de salud-enfermedad (Urquía, 2006; Diez Roux, 2007). La diferencia es que ahora, además de la tecnología médica se incorporó la pregunta por la conducta del propio individuo. Es la capacidad de modificación de sus hábitos -lo que también se denomina como estilo de vida- que le permitirá al individuo modificar su tendencia estadística a enfermar. Este anclaje, además, desconoce las estructuras sociales y las relaciones que se generan: el riesgo no da cuenta de las desigualdades de género ni generacionales, ni de clase social, ni de etnia.

Este paradigma vigente se viene cuestionando a partir de los '80 por su dificultad para explicar y promover intervenciones eficaces sobre complejos problemas de salud tales

como infecciones de transmisión sexual, adicciones, violencia, trastornos mentales, etc. Esto sucede, porque de alguna manera estas teorías explicativas no alcanzan para la comprensión de un entramado social complejo.

En este marco, se puede recuperar el concepto de vulnerabilidad trabajado por Ricardo Ayres (*et al* 1998), el cual supera la concepción de la simple exposición al riesgo, como característica particular e intrínseca del individuo, para poner en relieve los efectos adversos que afectan las condiciones de desarrollo de los individuos; es decir, el contexto social.

Más allá de lo individual, la vulnerabilidad social no se refiere exclusivamente a la situación de pobreza como carencia de recursos materiales, sino también a la falta de capacidad y de organización necesaria para mejorar la calidad de vida y acceder a diferentes bienes y servicios. El individuo se integra a la sociedad a través de un doble eje: el trabajo y su mundo de relaciones, familiares y comunitarias. La situación de vulnerabilidad social se vincula con la precaria situación laboral, con la fragilidad institucional (a nivel de organismos intermedios y de acciones protectoras del Estado) y con el debilitamiento o ruptura de la red de relaciones familiares, comunitarias y sociales (Araujo González, 2015: web).

De esta forma, el concepto de vulnerabilidad se configura como una categoría articuladora entre el análisis marco-estructural y micro-subjetivo poniendo en valor un enfoque político que permita vislumbrar “las condiciones materiales de reproducción de los conjuntos sociales y la vulnerabilidad social que los afecta tanto a nivel grupal como individual” (Gogna, 2005a: 55) entre los que se reconoce a la pobreza, las desigualdades de género y la exclusión social.

En general, los análisis desde la perspectiva de la vulnerabilidad involucran tres grandes dimensiones: el componente individual, el social y el programático. El componente individual remite a la evaluación del grado o tipo de información a la que los individuos tienen acceso, a su capacidad de elaborarlos y también a la posibilidad de transformarlos en prácticas efectivas. El componente social indica que la cualidad de la recepción y metabolización de la información, así como la posibilidad de transformar comportamientos, depende también de cómo y con qué inversión de recursos la sociedad se organiza y se estructura para “ofrecer condiciones para operar en el mundo” a un determinado grupo social. Entre estas condiciones se encuentran el nivel de escolaridad, los recursos personales y materiales, el poder político, el acceso a los medios de comunicación de masas, etc. Por último, el componente programático o político-institucional remite a los esfuerzos programáticos volcados al ofrecimiento de condiciones para que los individuos puedan ejercer sus derechos. Enrolarnos en esta perspectiva supone abogar por que cualquier hipótesis diagnóstica, y el propio diseño de las intervenciones destinadas a dar respuesta a las problemáticas sociales, tomen en cuenta estos tres componentes, de modo de que las propuestas que se generen ofrezcan respuestas sociales efectivas y equitativas (Gogna, 2005a: 58).

En este sentido, el concepto de vulnerabilidad permite pensar al sujeto no ya como individuo productor de acciones causa-efecto, sino como un colectivo social que se particulariza en cada identidad. Por consiguiente, para disolver las condiciones de

vulnerabilidad resulta indispensable ocuparse de las tramas comunitarias, institucionales y culturales, en las cuales los individuos desarrollan su vida.



### CAPÍTULO III



*Postulados teóricos y metodológicos:  
el camino de la comunicación*

## **CAPÍTULO III: Postulados teóricos y metodológicos: el camino de la comunicación**

### **III.1 Marco Teórico de la investigación**

#### **III.1.1. Discurso médico hegemónico, sexualidad y adolescencia**

Ante la preocupación actual de los organismos públicos acerca de que los adolescentes no se vinculan con frecuencia con el sistema sanitario, y todo el entramado de problemas que esto trae a colación tanto para la salud individual como para el Estado en materia de planificación de políticas públicas, esta investigación propone indagar las configuraciones de sentidos presentes en el intercambio médico-usuario haciendo foco en los profesionales, entendiendo que ese entramado discursivo ocupa un lugar importante al momento de responder a esas preocupaciones.

Esos sentidos que definen a la otredad que configura aquel sujeto -los adolescentes- que desde la Salud se quiere ir a buscar, es en definitiva la construcción de vincularidad médico-paciente que se pone en juego en cada consulta. Es decir, que en la propia conceptualización que los médicos realizan sobre las adolescencias, las mujeres y los otros usuarios de salud en general se encuentra una de las claves centrales para pensar el vínculo del sistema de salud con la población.

En este sentido, se reconoce que un momento fundamental en la implementación de las políticas públicas en salud impulsadas en un marco de conducción político-social, es aquel en el que el efector de salud convoca y recibe al usuario (Kantor, 2008). Es allí, donde también se juega la hegemonía del poder médico como la autoridad que decide y como discurso de poder dentro del propio entramado institucional, e incluso, científico.

El reconocido investigador en salud pública, Eduardo Menéndez, sostiene que los procesos de salud enfermedad son procesos de significado y, en este marco, indica que los médicos se preocupan por los pre-supuestos de los informantes -usuarios del sistema de salud-, pero no de los propios. Menéndez (2006) sostiene que la salud es un concepto ideológico, en tanto delimita fronteras de prácticas y situaciones deseadas, de las que no; así como también instaura regímenes de normalidad.

En este mismo sentido, el brasilero Ricardo Ayres (2002) reconoce la legitimidad que tiene en la sociedad el discurso científico en el que se articula la medicina, y señala que el lenguaje es un terreno del saber-poder. Allí, Ayres propone pensar en una arqueología del saber, desnudando cómo se construyen los axiomas científicos que

contribuyen a la formalización de dichos discursos. Así, las ciencias biomédicas se tornan un elemento nuclear de los saberes y prácticas en salud.

Para ello, Menéndez define al Modelo Médico Hegemónico como:

El conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del S. XVIII ha ido logrando dejar como subalternos al conjunto de prácticas, saberes e ideologías que dominaban en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado (1988: 451).

Asimismo, le atribuye una serie de características que define una forma estructural de ejercer dominio y que están caracterizadas fuertemente por la formación profesional que reciben lxs médicxs en sus carreras de grado y posgrado: biologicista, ahistórico, asocial, individualista, de eficacia pragmática (Menéndez, 1988).

El modelo médico hegemónico se ha caracterizado, entre otros aspectos, por el ejercicio, de “un principio de autoridad” (Romero Gorski, 1999: 26); de este modo es posible afirmar que, dentro de la institución médica, en el contexto de la consulta se establece una relación de poder donde lx profesional de la salud asume un lugar de dominación, mientras que lxs usuarixs un lugar de subordinación.

Esta relación se presenta en la articulación -contextual y no siempre lineal- de varias formas de asimetrías: de saberes, de clase, de género, generacional, etc. En relación a la asimetría de saberes, “lo que el médico dice, tiene más valor (socialmente legitimado) por quien lo dice, es decir por el enunciador (el médico), que por el contenido de lo que dice (el mensaje) (...) Así, lo que dice, tiene valor de verdad” (Rostagnol & Sacchi, 2006, en Grabino Etorena, 2009: 26).

En esta cosmovisión, el concepto de salud-enfermedad está asociado al de mercancía: existe una asimetría entre el profesional y el usuari; la enfermedad está relacionada con un desvío; la práctica es curativa a fin de eliminar el síntoma. Lxs pacientes son consideradxs ignorantes o poseedores de un saber equivocado y responsables de su enfermedad (Castiel, 2009, 2010).

Asa Cristina Laurell, médica, investigadora y ex secretaria de Salud de la Ciudad de México durante la gestión de Andrés Manuel López Obrador (2000-2006), critica a este modelo hegemónico y señala que:

El análisis histórico pone a la vista cómo las necesidades de las clases dominantes, que se expresan como si fueran las necesidades de la sociedad en su conjunto, condicionan uno u otro concepto de salud y enfermedad. En la sociedad capitalista, por ejemplo, el concepto de enfermedad explícito está centrado en la biología individual, hecho que la de-socializa. El concepto de enfermedad oculto, es decir, que subyace a la definición social de qué es enfermedad, se refiere a la

incapacidad de trabajar, lo que la ubica en su relación con la economía y eventualmente con la posibilidad de acumulación de capital. El hecho de que el concepto de enfermedad tiene un componente claramente ideológico no quiere decir que es falso sino que es parcial, eso es, que no deja ver más que una parte de la problemática. El carácter parcial, de esta manera, no permite impulsar el conocimiento más que en algunas áreas, mientras deja ocultas a otras (1981: 7).

Estas asimetrías planteadas en la relación medicx-paciente, exige revisar el concepto de accesibilidad a los servicios de salud.

Las psicólogas e investigadoras Yamila Comes y Alicia Stolkiner señalan que el concepto de accesibilidad surge a partir de los años '60, en plena época de desarrollo del campo de la Salud Pública, como una definición meramente técnico-operativa (Comes & Stolkiner, 2005) para la aplicación en los servicios. Es en este marco, las autoras recuperan a Gabriela Hamilton, quien define a la accesibilidad como “la facilidad con la que los servicios sanitarios pueden ser obtenidos de forma equitativa por la población, en relación con barreras de diversa índole” (Hamilton, 2001: 15).

Asimismo, las investigadoras destacan que dicho concepto toma cuatro dimensiones:

La geográfica de acceder, la económica que hace referencia a la capacidad financiera para acceder a los servicios, la administrativa que tiene que ver con los aspectos burocráticos que se ponen en juego para acceder y la cultural que se refiere a los usos y costumbres de la población (Comes & Stolkiner, 2005: 137).

Esta investigación se propone trabajar en la dimensión de accesibilidad cultural, intentando dar cuenta de las asimetrías vinculares en la relación de poder que se entrama entre las adolescentes como usuarias del sistema de salud y lxs médicxs.

Es en este contexto, que las adolescentes como sujeto usuario del sistema de salud se vuelven un actor clave para visibilizar prácticas de normalización, que revestidas de la legitimidad de un saber científico, conforman pedagogías entramadas en un orden moral que sostiene el *statu quo*. Las adolescentes como usuarias ponen en tensión saberes a-críticos y lógicas institucionales que se entraman en sistemas de poder como la adultocracia y el patriarcado (Millet, 1968). Entonces las mujeres son relegadas en su ciudadanía (Pateman, 1995 ), y lxs adolescentes son nombradxs desde la falta o la incapacidad de comprender, decidir y ejercer su sexualidad libremente (Margulis, 1994).

En este marco, las mujeres adolescentes son el sujeto “usuario” del sistema de salud por excelencia ya que, en tanto salud sexual, los recursos del sistema sanitario son destinados para las mujeres. El recorrido institucional exige a la mujer una serie de controles, consultas, e interacciones con el sistema de salud de una forma completamente desigual con respecto al hombre (Gómez Gómez, 2002). Así como también se reconoce que las relaciones de normatividad institucional se fortalecen cuando están dirigidas al sujeto joven.

Así, esas asimetrías presentes en la vincularidad médicx-usuarix responden a modelos de orden y prácticas de dominio. ¿Cómo lograr que estxs sujetxs concurren al ritual de su propio sometimiento? La ciencia, el mercado, el Estado y los derechos, configuran un mapa clave de tensiones, rupturas y negociaciones en la construcción/destrucción de este vínculo.

En cuanto a la asimetría generacional, la adultocracia -como principio rector del orden social que coloca a la adultez como imagen de superación (Krauskopf, 2003) -, genera que los discursos médicos tengan por un lado un imaginario acerca de un destinatario “incompleto” y, al mismo tiempo, la desvalorización de la enunciación joven: lxs médicxs dicen, lxs adolescentes escuchan y obedecen. Esto genera una obstrucción en el ejercicio de sus derechos y en la posibilidad de autonomía y decisión frente a las “recomendaciones” de lxs profesionales.

Se trata de romper con lo que Epele llama la lógica de la sospecha:

Un conjunto complejo y variado de prácticas simbólicas: la desconfianza, la duda, la sospecha, el deslizamiento y la inversión del significado en la lectura de los mensajes, y la producción de elaboraciones y teorías sobre los orígenes de los malestares, enfermedad y muertes (2007:153).

En el mismo sentido, el discurso médico hegemónico instala ciertas concepciones sobre lxs adolescentes y el “deber ser” de sus prácticas sexuales que condicionan las prácticas de auto-reconocimiento en la sexualidad y los vínculos; es decir, que dan forma a la configuración del *habitus* sexual (Bourdieu , Chamboredon & Passeron, 2002).

Sin dudas que estas barreras de accesibilidad no solamente están vinculadas a la relación médicx-usuarix sino que también responden a las situaciones de pobreza y exclusión, dado que estas se relacionan con la desigualdad en el acceso a los servicios sanitarios y a los factores determinantes de la salud y de allí la necesidad de pensar a las adolescentes en plural (Morlachetti, 2007). Sin embargo, aquí se trata de poner en relieve la configuración discursiva que opera, incluso, en el marco de las desigualdades económicas. El lenguaje, los saberes y las presunciones presentes en los intercambios simbólico-culturales son parte y contraparte de las realidades materiales.

Por otra parte, la asimetría de género también se reconoce como un factor problemático en el ejercicio de poder médico y en el entramado del sistema de salud. A lo largo de la historia, las diferencias sexo-genéricas de la población han sido motivo de relaciones de desigualdad -y por lo tanto de poder- de un género sobre otro. Las mujeres en nuestra cultura han sido consideradas sujetos inferiores, sometidos al poder blanco, masculino, adulto y occidental, que se consolidó como orden

hegemónico mundial desde los inicios de la modernidad (Barrancos, 2012). Es aquí en donde el patriarcado y la adultocracia, tejen una alianza en el orden social de explotación y sumisión.

Frente a esto, y con impulso de las políticas liberales, las mujeres se han convertido en un actor central en el reclamo de la equidad de derechos civiles y sociales y en la constante denuncia de hostigamiento y violencia que sostiene el entramado patriarcal que configura las sociedades actuales. En este marco, ningún servicio estatal ni política pública puede ser analizada hoy por fuera de los parámetros de género. Específicamente en el campo de la salud, el reconocimiento del género implica, en principio, superar la concepción biologicista de los seres humanos y adoptar una visión integral de los sujetos que contemple sus prácticas culturales, sus deseos y los recursos materiales y simbólicos con los que cuentan.

Si bien la salud como concepto de bienestar integral supera a la práctica específica que se enmarca en los servicios de salud, es necesario reconocer que la atención en salud y el acceso a los efectores y centros son un determinante significativo del estado de salud de los sujetos, particularmente para las mujeres que muchas veces encuentran en el sistema sanitario un obstáculo para el ejercicio de sus derechos (Gómez Gómez, 2002).

Así, la disposición de servicios de salud adquiere la responsabilidad de generar una asignación de recursos según las demandas específicas de cada género, comprendiendo la autonomía de los sujetos en la toma de decisiones y la relación que estas desigualdades tienen con la clase social (Borell & Artazcoz, 2008).

En este sentido, Elsa Gómez Gómez señala:

Operacionalmente, la equidad de género en salud no se traduce en tasas iguales de mortalidad y morbilidad en mujeres y hombres, sino en la eliminación de diferencias remediables en las oportunidades de disfrutar de salud y de no enfermar, discapacitarse o morir por causas prevenibles (Gómez Gómez, 2002: 328).

Este reconocimiento tiene por finalidad combatir las prácticas violatorias de derechos y generar un marco de equidad en la atención en salud que deje atrás prácticas sexistas muchas veces asumidas como naturales por los propios profesionales de la salud y por el entramado institucional en donde realizan su trabajo.

Las españolas Carme Borell y Lucía Artazcoz, investigan en el campo de la salud pública las diferencias sexo-genéricas y definen al sexismo como:

Las relaciones de género injustas basadas en prácticas institucionales e interpersonales donde miembros de un grupo dominante (habitualmente los hombres) adquieren privilegios a base de subordinar a otros géneros

(habitualmente las mujeres) y justifican estas prácticas mediante ideologías de superioridad o diferencias (Borell & Artazcoz, 2008: 246).

El reconocimiento de las prácticas sexistas como obstructoras de derechos y como violencia institucional ejercida hacia las mujeres -y hacia las identidades disidentes-, exige revisar el concepto de accesibilidad. Dentro del sistema de salud público se toman medidas en nombre de un sistema blanco, patriarcal, adulto y moralizante (Irrazabal, 2015), que interfiere con los derechos de las mujeres a decidir sobre sus propios cuerpos y con la responsabilidad del Estado en garantizar el acceso a la salud en forma equitativa.

El concepto de accesibilidad refiere, entonces, al vínculo que los sujetos establecen con los servicios de salud, una relación que muchas veces para las mujeres se torna sumamente violenta y expulsiva. Ese vínculo que se establece entre los servicios de salud y la otredad responde a lógicas propias de la forma que lxs sujetos tienen de interpretar el mundo en el que viven. En este marco, comprender que todo encuentro implica una relación de poder y que la discursividad siempre tiene una pretensión de verdad son dos aspectos centrales para el desarrollo de esta investigación.

Esto permite trazar una trama de pensamiento que problematiza la atención médica en salud sexual de las adolescentes como lógica normalizadora (Elizalde, 2009) de unas prácticas sexuales que son concebidas como “debidias” o “correctas” para el orden social vigente. La pregunta que surge, entonces, es si detrás del escudo de la verdad científica representado por el cuerpo médico como voz autorizada del sistema de salud se esconden una serie de principios dogmáticos que configuran ciertos estereotipos de sexualidad que funcionan como ordenadores de las prácticas sexuales.

Siguiendo a Luis David Castiel (2010, 2014) se puede pensar en los discursos preventivos en salud como configuradores de la moral y preguntar cuánto de lo que se realiza en nombre de la prevención es en realidad control poblacional. Estas prácticas del sistema de salud englobadas en la prevención se basan en criterios de racionalidad que no son suficientes para comprender el desenvolvimiento de lxs usuarixs de salud. Es decir, que dicha lógica se basa en la información como base de la prevención pero la misma no garantiza el cambio cultural de la población, sino que recae en la responsabilización personal, culpando al individuo de su propia situación, lo que se traduce en un maltrato profesional. Es decir, se desconocen las cuestiones poblacionales y se acentúa una falsa libertad del individuo con respecto a las prácticas que realiza.

Esto se complejiza comprendiendo que no sólo las prácticas sino el propio cuerpo biológico es un efecto de un dispositivo de poder (Butler, 1993; Preciado, 2002). Emerson Merhy (2006, 2016), describe que la salud pública es una biopolítica fundamental para la producción de los individuos y, por lo tanto, de los pueblos. En

este sentido, se reconocen dispositivos de poder que moldean cuerpos y subjetividades a fin de garantizar la reproducción social de una visión/orden del mundo.

Así, siguiendo a Gastão Wagner de Sousa Campos (2001), se comprende que la autonomía es un fin deseado, siendo la conducta normativa profesional la desencadenante de un proceso de anulación de la subjetividad de esa otredad que se presenta en el consultorio y por lo tanto la obstaculización principal de la construcción de la autonomía. Sousa Campos sostiene que la ciencia basada en la evidencia maneja la ilusión de eliminar la subjetividad y por lo tanto no da lugar a los marcos de comprensión de la otredad, su universo vocabular (Freire, 1970), y por lo tanto anula la autonomía del usuario, que es un valor positivo y un fin en sí mismo.

Sin embargo, se reconoce que el concepto de autonomía también conlleva problemas en tanto representa el funcionamiento del libre mercado capitalista y por lo tanto la responsabilización individual de las prácticas (Castiel, 2010). Lo mismo sucede con la naturalización de la “decisión informada”, siendo sumamente importante para desnudar los peligros que se esconden bajo el paradigma epidemiológico del riesgo (Almeida Filho, Castiel & Ayres, 2009).

De todas maneras, esta investigación reconoce en el concepto de autonomía una categoría explicativa central para pensar prácticas de emancipación y soberanía. Es decir, que dicho concepto expresa las tensiones propias de los estudios sociales, las categorías teóricas y la universalidad de los marcos referenciales. Considerar que la autonomía es conflictiva, que por momentos responde a lógicas del mercado, pero en otros representa un valor fundamental de la vida humana (como lo es actualmente el debate por la legalización de la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Argentina) es parte de comprender que en las ciencias sociales no existe una única verdad absoluta que necesita ser develada, sino que existen tramas de pensamiento y de producción de conocimiento tanto para la emancipación como para la dominación.

### **III.1.2. La comunicación en salud**

Hasta aquí, se puede asumir que la salud como materia exclusiva de la medicina presenta varios inconvenientes sobre los cuales la comunicación se constituye como un eje clave en la articulación y organización de las prácticas sociales; dando lugar a otras concepciones que relacionan la salud con el entorno físico-ambiental y la situación socio económica y cultural de los sujetos, afectando directamente la calidad de vida la sociedad en general (Regis, 2007).

Es decir, que la comunicación -además de pensarse como una cuestión instrumental para el cumplimiento de objetivos- constituye un valor teórico en tanto producción de sentidos sociales y, por lo tanto, de conocimiento:

La razón tecnocrática, meramente instrumental, encuentra su negación en la versión ontológica-moral de la comunicación, consagrada desde sus orígenes: comunicar es comulgar. Más allá de su connotación religiosa, la acción comunicativa es un hecho ético, es decir, político, no instrumental (Schmudler, 1984:7)

En el libro *De los medios a las mediaciones. Comunicación, cultura y hegemonía* Jesús Martín Barbero realiza una fuerte ruptura con los modos dualistas de abordar la comunicación al proponer cambiar el lugar de las preguntas e investigar los procesos comunicacionales desde los sujetos y las mediaciones, desde la articulación entre las prácticas de comunicación y los grupos y movimientos sociales.

Es a propósito de estos cambios que Martín Barbero advierte: “confundir la comunicación con las técnicas, los medios, resulta tan deformador como pensar que ellos son exteriores y accesorios a la (verdad de) la comunicación” (Martín Barbero, 2003: 19).

Así, la comunicación ya no sólo es entendida como una cuestión de aparatos, sino también de sujetos, de procesos de producción de sentidos. Y con ello, se lleva a cabo un corrimiento de la idea de una cultura estática a otra que nos habla de las significaciones y de la circulación (Saintout, 1998); la cultura es así concebida como el conjunto de procesos sociales de producción, circulación y consumo de la significación en la vida social.

En clara correspondencia con esto, Hernán Díaz y Washington Uranga (2011) dan cuenta de cómo en el campo de la salud la comunicación se ha utilizado como un medio para controlar las conductas colectivas e individuales. Sin embargo, esto no ubica a la intencionalidad como elemento constitutivo en debate, es decir, que el análisis de los procesos y prácticas comunicacionales en tanto producciones de sentidos sociales, se da en un marco relacional de poder, tensiones y conflicto. Por lo tanto, se reconoce la normalización no como práctica necesariamente intencional sino como forma constitutiva del sentido común.

Entonces, los contextos culturales-comunales sirven de escenarios para las configuraciones de creencias respecto de la salud, de la ciencia y del vínculo que se establece con ellas (Vergara Quintero, 2009). También aquí se torna necesario pensar los entramados mediáticos que tienden a estigmatizar a los jóvenes en sus prácticas cotidianas. Estos discursos contienen fuertes postulados que provienen de los paradigmas judiciales y del ámbito de la salud. Vemos, por ejemplo, cómo es que los discursos que giran en torno a la estigmatización de ciertos sectores juveniles, establecen cadenas de sentidos que asocian directamente juventud - delincuencia-adicciones - sida - embarazos adolescentes – aborto - desocupación, entre otros significantes (Bruzzone, 2009).

De esto se desprende que la comunicación no conlleva un valor positivo en sí misma - en tanto armonía y diálogo-, si no que refiere al conflicto, la disputa y el poder. La comunicación, más que la expresión del mundo en que vivimos, es el marco de comprensión de nuestro universo. Es el propio discurso el que sitúa las fronteras de lo real, lo posible, lo juzgable, lo utópico. El discurso es materialidad en tanto es la forma que tenemos de interpretar lo que vivimos y por lo tanto de accionar en el mundo (Laclau & Mouffe, 2010).

Serge Moscovisci (1981) y Pierre Bourdieu (1985) utilizan la categoría de representaciones sociales para definir aquellos sentidos que se constituyen y son, a la misma vez, constituyentes de un imaginario social en el que pueden hallarse unos anclajes significativos determinados por eventos históricos y socioculturales que conforman la matriz de las prácticas sociales.

En este sentido, Bourdieu entiende que las representaciones sociales remiten a los actos de percepción y de apreciación, de conocimiento y de reconocimiento en los que se ponen en juego los intereses y presupuestos de los agentes o actores sociales sobre las representaciones objetales en forma de cosas o actos.

Según Moscovisci, las representaciones sociales son:

Un conjunto de conceptos, declaraciones y explicaciones originadas en la vida cotidiana, en el curso de las comunicaciones interindividuales. Equivalen, en nuestra sociedad, a los mitos y sistemas de creencias de las sociedades tradicionales; puede, incluso, afirmarse que son la versión contemporánea del sentido común (1981: 181).

Estas formas de pensar y crear la realidad social están constituidas por elementos de carácter simbólico ya que no son sólo formas de adquirir y reproducir el conocimiento, sino que tienen la capacidad de dotar de sentido a la realidad social, a la vida misma. Así es que la noción de representación social se sitúa en el punto de intersección entre lo psicológico y lo social, implicando la manera como los sujetos reconocen y experimentan su vida cotidiana (Vergara Quintero, 2009).

Así, la comunicación se configura como un campo que habilita el intento de atenuar las prácticas de vigilancia y control y multiplicar las estrategias para el acceso. Es en este sentido, el proyecto de investigación que aquí se desarrolla busca analizar la configuración del discurso médico hegemónico que se presenta como verdad en el orden social vigente y que condiciona prácticas de los sujetos en relación con la sexualidad.

Frente a esto, indagar los sentidos presentes en el discurso médico invita a reflexionar la relación de estos principios ordenadores con el ejercicio y el acceso a los derechos sexuales de las mujeres adolescentes, así como la posibilidad de autonomía de las

decisiones sobre el deseo, el conocimiento de su propio cuerpo y la configuración de sus vínculos sexuales con lxs otrxs.

Como en cualquier campo discursivo, tanto la conceptualización sobre las adolescentes como el “deber ser” en cuanto a salud sexual configuran una polisemia del signo (Peirce, 1986), que aquí será abordado en tanto se articulan los discursos científicos, profesionales, institucionales, locales y de la propia subjetividad de lxs médicxs como agentes sociales. Sin embargo, al mismo tiempo se identifica un discurso hegemónico normalizador que funciona como límite de las fronteras de lo posible en tanto imaginario social (Laclau & Mouffe, 2010).

En este marco, la sexualidad puede ser comprendida como una fijación discursiva en donde la moral cobra preponderancia frente a las disputas de poder por la configuración de un sentido hegemónico (Foucault, 1970).

Sin embargo, como contracara de esta normalización, Merhy (2017) sostiene que es en ese encuentro particular médicx-usuarix que existe la posibilidad de fuga, de lo incontrolable e inesperado que es el ejercicio mismo de la libertad inherente del sujeto. Foucault argumenta en su escrito *El sujeto y el poder* (1988) que hay poder porque hay libertad, el poder se ejerce en la medida de que se reconozca la contingencia en el accionar de la otredad. Es por eso que la otredad en salud es una pregunta desafiante, porque se presenta sobre una estructura mediada por el Estado y el mercado, como es el sistema de salud, e implica necesariamente ruptura y miedo. La presencia de la otredad es la justificación del propio accionar profesional, al mismo tiempo que es el sujeto de control que puede desafiar el poder de lo instituido. Es lo inesperado y por lo tanto genera miedo.

### **III.1.3. Hegemonía: sentidos acerca del orden y la transformación**

Las ciencias sociales latinoamericanas -tradición de la cual forma parte esta casa de estudios- están mirando hoy la capacidad de acción de los pueblos para la transformación de la realidad social, hacia la construcción de una región más igualitaria, sorora y justa. Es desde allí, que la propuesta de este trabajo constituye un aporte para pensar la comunicación y los territorios en donde se brinda la batalla por un nuevo lenguaje emancipatorio.

Es en el hacer que los pueblos se crean como sujetos, que en radical oposición al objeto, se instituye, se modifica, se derrota y vuelve a nacer en la inscripción de un movimiento colectivo que queda fotografiado en los hechos de la historia Argentina (Dri, 2018). Es en esta mirada que se introduce la dimensión del poder como un elemento que contribuye a problematizar la compleja relación comunicación-sociedad. Es decir, las relaciones de poder adquieren una gravitación central en los estudios sociales, tomando tanto las dimensiones estructurales como la propia capacidad de acción y transformación de los sujetos.

Se trata, entonces, de un trazado histórico que asume el desafío de superar la anécdota para introducirse en los procesos socio-comunicacionales de agencia y transformación, donde la cuestión central radica en identificar cómo y sobre qué se edificaron las estructuras de poder modernas y cómo se entraman en la vida cotidiana. Asimismo, comprende que lo socialmente instituido se vincula con lo capilar y artesanal de las relaciones intersubjetivas, entendiendo que las condiciones objetivas de la historia son posibles en la producción de las subjetividades (Foucault 1970; Castoriadis, 1975; Derrida, 1986; Laclau, 2003; Butler, 2001). En este marco, se intenta poner de relieve la complejidad de la construcción de los discursos sociales, y desnaturalizar el orden (Foucault, 1970) a fin de comprender la multidimensionalidad de la construcción simbólica de sentido.

Para ello, se propone pensar que la pregunta por los sentidos es la pregunta por la hegemonía cultural y discursiva. Es decir, esta investigación propone reflexionar acerca de la construcción de un discurso legitimado socialmente que se incorpora en una trama de sentidos que configuran un orden social; el cual no es natural, sino que se ha instaurado de forma arbitraria y por lo tanto es plausible de ser modificado.

A fin de reconocer un punto de partida desde donde analizar los procesos sociales, la legitimidad y el orden, se recupera la categoría de hegemonía. Allí, como cita ineludible, se encuentra el pensamiento desarrollado por el militante y filósofo italiano Antonio Gramsci quien, en el marco de la derrota de un proceso político y en diálogo conceptual con Lenin, se propone analizar la construcción de un orden que no sólo recurre a las fuerzas tradicionales de la violencia, sino que se instituye en consensos simbólicos.

Tempranamente Gramsci concibe al Estado no como un mero “instrumento” de la clase dominante, que lo toma y usa como tal, sino como el lugar donde la clase dominante se unifica y constituye para materializar su dominación no solamente mediante la fuerza, sino por una complejidad de mecanismos que garantizan el consentimiento de las clases subalternas (Thwaites Rey, 1994: web).

Así, analiza que la supremacía de la burguesía en el capitalismo desarrollado no se debe únicamente a la existencia de un aparato de coerción (Estado en sentido restringido), sino que logra mantener su poder mediante una compleja red de instituciones y organismos que en el seno de la sociedad civil que, además de organizar/expresar su propia unidad como clase, organizan el consenso de las clases subalternas, para la reproducción del sistema de dominación. La existencia de un sufragio universal, de partidos de masas, de sindicatos obreros, de variadas instituciones intermedias, además de la escuela y la iglesia, formas todas en que se expresa la complejidad de la sociedad civil capitalista de Occidente, hablan del denso entramado de relaciones sociales que el desarrollo de las fuerzas productivas ha permitido construir. La supremacía, entonces, es algo más que la mera disposición de los aparatos represivos del Estado, y se expresa en formas que exceden los límites del Estado en sentido restringido, para abarcar al conjunto de la sociedad civil (Thwaites Rey, 1994: web).

De esta forma, Gramsci introduce dentro de la filosofía marxista la reflexión acerca de la hegemonía cultural como categoría explicativa del proceso por el cual la cosmovisión de la clase dominante -valores, creencias, moral, explicaciones, percepciones, instituciones y costumbres- es concebida como la norma cultural socialmente aceptada y en la ideología dominante, válida y universal. La hegemonía cultural contribuye al mantenimiento del *statu quo* social, político y económico, al presentar el orden impuesto como natural e inevitable, al mismo tiempo, que lo valora positivamente.

Desde este posicionamiento teórico-político podemos comprender el proceso por el cual se cimienta la legitimidad de unos relatos por sobre otros. Al respecto Michel Foucault sostiene que los sistemas de creencias cobran fuerza cuando ganan aceptación popular. Esto implica que aquellas demandas particulares se conforman como un conocimiento universal. Así, las ideas se cristalizan como correctas o incorrectas, como normales o desviadas (Rabinow & Dreyfus, 2001). Estas ideas, consideradas como verdades irrefutables, definen un orden social que aparece como natural, y se encuentra normalizado en un particular modo de vida.

En este marco, resulta imprescindible destacar que cuando Gramsci se refiere al consenso, no postula que existan acuerdos sin enfrentamiento. Mucho menos que no haya situaciones de una enorme violencia puesta en juego por determinados sectores para tratar de ubicar su posición política y su mirada como la única válida y legítima. Sino, por el contrario, Gramsci propone pensar en que pese a la dominación explícita de los aparatos coercitivos a la que estaba sometido el pueblo, existía también una suerte de aceptación y colaboración de las subjetividades subalternas con los regímenes políticos que les dominaban. Esta propuesta, entonces, invita a indagar sobre cuáles son las operaciones que se realizan desde los grupos hegemónicos de poder para conseguir el sustento popular a sus demandas particulares.

Como contraparte a estos procesos de universalización, un gran aporte de Gramsci al análisis de las sociedades es que al tiempo que reconoce que el orden social instaurado es arbitrario y responde a una lógica dominante, abre la posibilidad de pensar procesos de transformación de dicho orden social. Es decir, el análisis acerca de los procesos de legitimación viene acompañado de la propuesta de desnaturalización del mundo en que vivimos. Gramsci escribe desde la cárcel, situado en la derrota de una revolución comunista que se encontró con las fronteras de una sociedad atrincherada en un orden social al cual daba soporte. El pensar desde la derrota le permitió al filósofo italiano hacer por un lado un balance político de las estrategias utilizadas y, fundamentalmente, escribir en pos de la producción de nuevas configuraciones que permitieran a las organizaciones políticas generar impacto en el orden social y simbólico.

Así, se reconoce que pese al dominio los proyectos de orden no terminan nunca de generar unicidad ni homogeneidad. Los relatos negados siguen circulando por otros caminos, otros espacios, generando “ruidos”, enfrentamientos, movimientos y construyendo poder. Esto permite reconocer los choques, las luchas simbólicas, pero también materiales, de los grupos para constituir su propia lógica hegemónica, al tiempo que evidencia mecanismos tácticos y estratégicos que se ponen en juego por parte de todos los sectores sociales para disputar los lugares de legitimidad.

La ciencia se ha caracterizado por ser soporte de estos discursos del poder que buscan legitimación en verdades irrefutables (Foucault, 1963; Dussel, 1994). Sin dudas, que la ciencia es un campo de disputa, en donde no toda la producción de conocimiento responde a las mismas estructuras de poder. Pero estos postulados buscan poner en evidencia los recorridos del poder científico y médico, las formas de ejercer ese poder por parte de determinados sectores, instituciones y estructuras, y las formas de articulación, generación de consensos y reposición de los agentes en el mapa social.

Aquí se hace necesario recuperar dos conceptos, también muy utilizados dentro del debate feminista, que buscan problematizar la vinculación social y la otredad: por un lado, el concepto de violencia simbólica como “todo poder que logra imponer significaciones e imponerlas como legítimas disimulando las relaciones de fuerza en que se funda su propia fuerza” (Bourdieu, 2001: 44; Delmas, 2015). Y por otro el de violencia epistémica, como forma de invisibilizar a lo otro (Spivak, 1988; Dussel, 1994; Mignolo, 2001).

La violencia epistémica representa diferentes grados de “dilución” de la voz de la otredad que van desde el secuestro y la anulación de la voz, hasta la enmienda, alteración y traducción de la experiencia del “otro” (Belasteguigoitia, 2001: 237-238).

Estos conceptos se vinculan con la denuncia al colonialismo, ya no como evento pasado, sino como forma de vivir las relaciones interculturales en la actualidad; pero también para evidenciar la colonialidad del pensamiento hegemónico (Castro Gómez, 2000; Palermo, 2010).

En este sentido, se puede abordar el campo de la salud a partir de la pregunta por la otredad, para así evidenciar prejuicios, miedos e incertidumbres. Es notable como en un campo en donde pareciera que el biologicismo brinda respuesta a todo, la incorporación de la cultura, como marco de procesos complejos, rompe con las certezas y señala la punta de un iceberg de las prácticas profesionales. Dentro de esta comprensión, la pregunta por la sexualidad y las pedagogías ciudadanas se configura como un intenso debate de realización propia de los sujetos y de las normas y “buenas prácticas” que condicionan el proceso individual y colectivo.

Entonces, entender el conflicto como el eje central de la construcción social, implica también comprender que las relaciones entre los sujetos son relaciones de poder, en tanto que el poder instituye y transforma, domina y libera. El poder es ejercicio del sujeto y al mismo tiempo construye sujetos. El poder construye saber y el saber genera poder. Por un lado el poder que se proyecta como dominación por medio de las estructuras sociales para el sostenimiento del orden vigente; y por otra parte el poder como ejercicio subjetual y colectivo en la transformación de ese mismo orden social vigente. En términos de Rubén Dri (2018), el poder se comporta de forma dialéctica. Es decir, el poder es poder en relación, al igual que los sujetos. Así, la concentración de poder convive con el flujo de poder.

El poder representa entonces un problema sustancial que nos enfrenta a una relación indisociable entre las estructuras sociales y la posibilidad de transformarlas.

En este sentido, los feminismos han encontrado en la hermenéutica la posibilidad de denunciar el poder opresor, y al mismo tiempo, de generar rupturas que permitan nuevas interpretaciones del mundo en que vivimos. Gran parte de esta discusión está asociada al lenguaje-discurso, objeto primordial de las ciencias comunicacionales. Evidenciar que lo concebido como obvio y natural es en verdad efecto del poder de una hegemonía dominante y que por lo tanto es contingente y transformable, es la manera de comprender que todas nuestras clasificaciones, categorías y formas de ordenar el mundo y nuestra propia experiencia está primero mediada por el lenguaje.

En este sentido, se da paso a la comprensión y el abordaje de la corriente posestructuralista que -especialmente a través de la figura de Ernesto Laclau- retoma las categorías con las cuales la lingüística estructural describía la lengua (metáfora, sinonimia, etc.) para llevarlas a un campo más amplio de la constitución de lo social. Allí, se explicita el cambio de paradigma en la lectura de la relación entre “lo real” y lo “simbólico”: con el giro lingüístico se pasa de comprender el discurso como configuración social a interpretar la sociedad como configuración discursiva. La propuesta entonces se basa en que el discurso, más que encarnar la expresión social, representa la configuración misma de la experiencia de los sujetos (Laclau & Mouffe, 2010).

En este sentido, Ernesto Laclau y Chantal Mouffe, sostienen que todo lo que ocurre en la sociedad es significado y resignificado porque la organización social en sí es articulación:

Toda práctica que establece una relación tal entre elementos, que la identidad de estos resulta modificada como resultado de esa práctica. A la totalidad estructurada resultante de la práctica articuladora la llamaremos discurso (Laclau & Mouffe, 2010: 143).

La categoría discurso no se configura como la oposición a una práctica concreta, sino que el discurso mismo es la configuración del *habitus* del sujeto (Bourdieu, 1997), por lo que todo su accionar queda comprendido dentro de este.

En el libro *Hegemonía y Estrategia Socialista*, Ernesto Laclau y Chantal Mouffe advierten:

Nuestro análisis rechaza la distinción entre prácticas discursivas y no discursivas y afirma: a) que todo objeto se constituye como objeto de discurso en la medida en que ningún objeto se da al margen de toda superficie discursiva de emergencia; b) que toda distinción entre los que usualmente se denominan aspectos lingüísticos y prácticos (de acción) de una práctica social, o bien son distinciones incorrectas, o bien deben tener lugar como diferenciaciones internas de la producción social de sentido, que se estructura bajo la forma de totalidades discursivas (Laclau & Mouffe, 2010: 144) .

El hecho de que todo objeto se constituya como objeto de discurso no tiene nada que ver con la cuestión acerca de un mundo exterior al pensamiento, ni con la alternativa realismo/idealismo. Un terremoto o la caída de un ladrillo son hechos perfectamente existentes en el sentido de que ocurren aquí y ahora, independientemente de mi voluntad. Pero el hecho de que su especificidad como objetos se construya en términos de 'fenómenos naturales' o de 'expresión de la ira de Dios' depende de la estructuración de un campo discursivo (Laclau & Mouffe, 2010: 146).

En referencia a lo anterior, lo que ambos autores niegan no es la existencia externa al pensamiento de dichos objetos o fenómenos, sino la afirmación de que ellos puedan constituirse como objetos al margen de toda condición discursiva. Es por ello, que asumen que el discurso configura la experiencia. Bajo este marco teórico, se asume a la discursividad no sólo como una práctica de la producción de un mensaje, sino como el orden mismo de una sociedad.

Como ya se ha señalado, ningún orden es necesario o natural, sino que se presenta de esta manera por un grupo hegemónico dominante que pretende fijar ciertos estatutos sociales. Éstos contribuyen al sostenimiento del proyecto que desde ese grupo se lleva adelante, logrando que sus sentidos calen el sentido común de la población, siendo así asimilados y reproducidos, sin ser cuestionados. Cabe aclarar que, de todas formas, existen movimientos de oposición y contra-hegemonía que disputan esta batalla por el sentido.

La hegemonía discursiva opera de dos formas: por un lado establece un orden social, presentado como natural; y por otro lado a través de la conformación de cadenas de equivalencias de significantes y significados que se fijan como estatutos sociales (Huergo, 2002).

Estas fijaciones -que nunca son completas sino que se encuentran en una disputa dinámica- son construcciones arbitrarias que se han estabilizado, formando fronteras

imaginarias, en donde el límite simbólico construye un nosotrxs y un otrxs. Aquellxs otrxs, que quedan por fuera de los márgenes hegemónicos, juegan un doble rol: son utilizados como muestra de pánico moral -nadie quiere quedar por fuera del límite- y, al mismo tiempo, son convencidxs de que los estatutos establecidos son naturales y necesarios, y que se consolidan como un modelo de vida a seguir, generando un deseo de pertenencia al proyecto hegemónico.

Esta construcción hegemónica se logra, según Antonio Gramsci, presentando un proyecto particular, con intereses propios, como una universalidad. Para ello será preciso apelar a la coerción -capacidad de dominio, fuerza represiva del estado reducido- y al consenso -capacidad de dirección de un grupo, en el marco de un reconocimiento del Estado como concepto amplio que comprende a la sociedad civil-.

Sin embargo, resulta necesario tomar nota de la advertencia que formulan Laclau & Mouffe:

El carácter incompleto de toda totalidad lleva necesariamente a abandonar como terreno de análisis el supuesto de 'la sociedad' como totalidad suturada y autodefinida. 'La sociedad' no es un objeto legítimo de discurso (Laclau & Mouffe, 2010: 151).

A partir de aquí se vuelve central determinar en dónde, en qué arenas de lucha simbólico/materiales, los actores ponen en juego sus miradas, intereses, identidades, deseos, poder y los enfrentan con la otredad. Y desde ahí pensar con qué reglas se juega ese juego y qué procesos los atraviesan.

Allí, el Estado juega un lugar central en tanto garante de derechos y como espacio donde se plantea la cuestión pública: es una arena de lucha ineludible para pensar las prácticas de normalización y de resistencia; principalmente cuando la pregunta de investigación refiere a los servicios de salud y las sexualidades adolescentes.

Se busca pensar a estos escenarios como entidades materiales pero también como espacios simbólicos, productores y reproductores de discursos y sentidos, en donde se pone de manifiesto la lucha entre sectores y proyectos y entre diversas representaciones sociales.

Siguiendo al vicepresidente de Bolivia, Álvaro García Linera:

El Estado es la perpetuación y la constante condensación de la contradicción entre la materialidad y la idealidad de la acción política. Esta contradicción busca ser superada, parcialmente, mediante la conversión de la idealidad como un momento de la materialidad (la legitimidad como garante de la dominación política) y la materialidad como momento del despliegue de la idealidad (decisiones de gobierno que devienen acciones de gobierno de efecto social general) (2008: 503).

Linera, en diálogo con el sociólogo y politólogo brasileño Emir Sader, formula tres ejes analíticos del concepto Estado como relación: el Estado como correlación política de fuerzas entre bloques y clases sociales con capacidad de influir, en mayor o menor medida, en la implementación de decisiones gubernamentales; el Estado como institución, maquinaria donde se materializan esas decisiones en normas, burocracias, presupuestos, jerarquías, papeles, trámites, etc.; y el Estado como idea o creencia colectiva generalizada, es decir, como sentido común de época que garantiza el consentimiento moral entre gobernantes y gobernados.

Mientras que los dos primeros componentes hacen referencia al Estado como relación material de dominación y conducción política, el tercero refiere al Estado como relación de legitimación política o, en palabras de Pierre Bourdieu, como monopolio del poder simbólico (1987).

De ahí que, de cierta manera, la relación-Estado sea una relación paradójica. Por una parte, no hay nada más material, físico y administrativamente político que un Estado (monopolio de la coerción, de la administración de los impuestos como núcleo íntimo y fundamental), pero, a la vez, no hay nada que dependa más de su funcionamiento que la creencia colectiva de la necesidad (momento consciente) o inevitabilidad (momento prerreflexivo) de su funcionamiento (García Linera, 2008: 502).

La pregunta acerca del Estado y las prácticas de institucionalización permite pensar en los estudios acerca de lo público y lo privado. Siguiendo a Martín Retamozo (2006), se concibe que la distinción de ambos espacios en forma taxativa encubre una falsa dicotomía, en el sentido de que la distinción en verdad responde a formas de un ordenamiento político.

Por ejemplo, el imaginario imperante acerca de los cuerpos asocia estos debates al ámbito privado. Sin embargo, como señala el filósofo italiano Giorgio Agamben (2018), los cuerpos son también producto de una época, de un mercado y de una forma de ejercer la ciudadanía. Así la división taxativa entre lo público y lo privado encuentra grietas ya denunciadas por la segunda y tercera ola feminista: “lo personal es político”.

Retamozo (2006) propone pensar entonces en una distinción que permita por un lado visibilizar las fronteras como mallas permeables, y por el otro, reconocer que ninguno de estos dos campos/espacios sociales son homogéneos hacia su interior. Nuevamente, aparece el conflicto como base de funcionamiento de lo social.

Así, la categoría de hegemonía abre la puerta a pensar también la contingencia y, por lo tanto, las formas en que ese orden social se va modificando a lo largo de la historia. Un concepto interesante para pensar lo discursivo en clave de transformación es la performatividad.

Judith Butler adopta y reformula la concepción de géneros performativos de los aportes de John Austin en referencia al acto teatral (Austin 1962; Butler, 2002). Butler considera que el poder del performativo es efectivo porque invoca por medio del discurso a la ley, que es la convención que sujeta y constituye sujetos. De esta forma el performativo se constituye en el ámbito político porque discute las normas y el orden social.

Se puede entender, entonces, que la performatividad de algún modo contribuye a la transformación social en tanto que evita la repetición mecánica de la misma estructura social opresiva, la cual pierde ratificación -consolidación, reificación- y habilita una actuación - diferente para cada sujeto (Femenías, 2012). La performatividad tanto resignifica como constituye intelegibilidad y, más aún, produce efecto en lo material: modifica el mundo.

¿Cómo pensar en clave de transformación, sin que ella dependa pura y exclusivamente del azar? Es una pregunta difícil de responder en tanto la posmodernidad trajo consigo la implosión de la racionalidad como principio rector y por lo tanto la dificultad de los procesos organizativos. Parte de ese desafío estuvo encarnado por Ernesto Laclau, dando paso a pensar la organización social a partir de la articulación, como hemos descrito anteriormente.

Pero además, para esta investigación, en tanto comprende a la salud como un campo de múltiples relaciones (políticas, de poder, de saber, etc.), resulta un gran aporte para poder pensar estos espacios la Teoría de los Campos propuesta por Pierre Bourdieu; se trata de campo entendido como un sistema estructurado de fuerzas objetivas, una configuración relacional dotada de una gravedad específica capaz de imponerse a todos los objetos y agentes que penetran en ella.

La Teoría de los Campos de Pierre Bourdieu es reconocida dentro del ámbito de las ciencias sociales como un aporte fundamental para pensar las dinámicas, prácticas y lógicas presentes en las sociedades en un tiempo y espacio determinado, así como también por intentar superar las tensiones teóricas entre el mero estructuralismo y la pura hermenéutica. En este sentido, resulta pertinente destacar que ninguna de las nociones presentes en la teoría de Bourdieu puede ser definida en forma aislada, sino que cobran sentido dentro un sistema teórico (Bourdieu & Wacquant, 1995).

Según Bourdieu, un campo es una red de relaciones entre agentes que poseen una posición objetiva en dicha red y que disputan por diferentes tipos de poder, a los cuales denomina capitales. Esas relaciones con las que se construye un campo, son relaciones de desigualdad que se dan en un marco de acumulación de poder que responde a la propia lógica del campo, cuyas regularidades a veces son explícitas y a veces no. El campo es entonces el locus de las relaciones de fuerza sociales que se canalizan en la disputa por un capital específico. Dicho capital es el factor eficiente en

un campo que permite a su poseedor ejercer poder y por lo tanto las disputas que se dan en los campos son disputas de poder.

En este sentido, Bourdieu y Wacquant explican:

Podemos imaginar que cada jugador tiene, frente a sí, pilas de fichas de diferentes colores, correspondientes a las diferentes especies de capital que posee, de manera que su fuerza relativa en el juego, su posición en el espacio de juego y, asimismo, sus estrategias de juego, sus jugadas, más o menos arriesgadas, más o menos prudentes, más o menos subversivas o conservadoras, dependen del volumen global de sus fichas y de la estructura de las pilas de fichas, al mismo tiempo que del volumen global de la estructura de su capital (Bourdieu & Wacquant, 1995: 65).

El autor reconoce tres especies de capital: económico -esta especie de capital es la que se condice con su denominación tradicional de bienes materiales-, el capital social -cuyos recursos radican en una red duradera de relaciones, conocimientos y reconocimientos-, y el capital cultural -que responde a las trayectorias de los agentes en las instituciones, sus reconocimientos objetivables como las producciones artísticas y la interiorización de las reglas de juego-.

Existe también otra forma de capital, que es el capital simbólico, aunque sobre este en particular, Bourdieu hace una distinción:

(...) no es una especie particular de capital, sino aquello en lo que se convierte cualquier especie de capital cuando no es reconocida en tanto que capital, es decir, en tanto que fuerza, poder o capacidad de explotación (actual o potencial) y, por lo tanto, reconocida como legítima. El capital simbólico es así el poder de representar y otorgar valor, importancia social, a las formas de capital (Bourdieu, 2001: 18).

En este sentido, se puede comprender que el capital simbólico es la visión de mundo particular que logró hacerse norma, generando así modos de acción que desconocen el carácter arbitrario de su posesión y acumulación (Bourdieu & Wacquant, 1995).

En consiguiente, se reconoce que lo simbólico media el conocimiento del mundo, el sentido que cobra, y la acción que se ejerce en él, sino que es también el plano por el cual se incorporan las propias estructuras de dominación. El universo simbólico es entonces la legitimación de las relaciones sociales en el mundo, así como también el espacio de lucha por la transformación de las mismas.

Es por ello que Bourdieu afirma:

En la batalla por construir una visión del mundo universalmente conocida y reconocida, la balanza de poder depende del capital simbólico acumulado por aquéllos que aspiran a imponer las diferentes visiones en juego, y en la medida en que estas visiones se apoyan ellas mismas en la realidad (Bourdieu, 2001: 127).

Estas visiones de mundo se expresan en lo que Bourdieu denomina doxa, que es un sedimento de un sentido posible que se fija en las convenciones del juego social y que no tiene un origen natural como pretende instalarse desde los grupos dominantes. Es decir, ese sentido fijado podría haber sido otro y podría ser otro a futuro, pero es ese y no otro mientras que las correlaciones de fuerza sigan sosteniéndolo como único posible. “La doxa es un punto de vista particular, el punto de vista de los dominantes, que se presenta y se impone como punto de vista universal” (Bourdieu, 1997: 121). Es “una creencia, un reconocimiento que no se pone en tela de juicio” (Bourdieu & Wacquant, 1995: 65). Por lo tanto la doxa representa también una forma de silenciar visiones diferentes colocando una voz legítima, un valor incuestionable (Reguillo, 2000). “Cuando se trata del mundo social, las palabras crean las cosas, porque establecen el consenso sobre la existencia y el sentido de las cosas, el sentido común, la doxa aceptada por todos como algo evidente” (Bourdieu, 1997: 129).

Reconociendo que, por otra parte, las disputas por el sentido se dan en forma constante, podemos decir que el campo es una mediación crítica entre las prácticas de aquellos agentes que participan en él y las estructuras sociales y económicas que los condicionan. En un campo hay lucha, por lo tanto hay historia, también hay historia de los agentes y de las instituciones que participan en él, es decir, hay trayectorias. “El campo es escenario de relaciones de fuerza y de luchas encaminadas a transformarlas y, por consiguiente, el sitio de un cambio permanente” (Bourdieu & Wacquant, 1995: 69).

Una vez afirmado esto, surgen preguntas como: ¿Cómo se puede distinguir un campo? ¿Cuáles son sus fronteras? ¿Dónde comienza y donde termina un campo? Aquí Bourdieu explica que “los límites del campo se encuentran en el punto en el cual terminan los efectos del campo” (Bourdieu & Wacquant, 1995: 67). Por consiguiente, se debe comprender que las fronteras de los campos son dinámicas y permeables porque también son objeto de lucha dentro del dicho campo.

Otra pregunta que se presenta, es la que aborda el sentido de los agentes por participar del juego social, incluso sosteniendo visiones de mundo contrarias a sus propios beneficios. Bourdieu sostiene que mediante la *illusio* los agentes del campo consideran que es necesario hacer una inversión en el campo. La *illusio* es la creencia en el juego mismo:

Es lo contrario a la ataraxia: se refiere al hecho de estar involucrado, de estar atrapado en el juego y por el juego. Estar interesado quiere decir aceptar que lo que acontece en un juego social determinado tiene un sentido, que sus apuestas son importantes y dignas de ser emprendidas (Bourdieu & Wacquant, 1995: 80).

Es importante aclarar que los agentes no participan en el campo por una especie de contrato social -porque deben hacerlo-, sino porque creen que vale la pena, hay una configuración de sentido puesta en dicho juego social.

Esa configuración de sentido se da en el marco de las subjetividades, pero que lejos de ser independientes al campo, son también producto y reproducción de lo que allí acontece. Bourdieu denomina *habitus* a esa subjetividad socializada, que describe como “sistemas perdurables y transponibles esquemas de percepción, apreciación y acción resultantes de la institución de lo social en los cuerpos (...)” (Bourdieu & Wacquant, 1995: 87).

En este sentido, el *habitus* es el espacio de mediación entre la agencia de los sujetos que participan del espacio social -en clave de reproducción o transformación- y los esquemas simbólicos que estructuran y condicionan dichas agencias. Es decir, si bien el campo condiciona las agencias, estas a su vez constituyen al campo, conformando así una relación dual. Por lo cual, “los agentes sociales están determinados solamente en la medida en que se autodeterminan; pero las categorías de percepción y apreciación que forman la base de esta autodeterminación están en sí mismas determinadas en gran parte por las condiciones económicas y sociales de su constitución” (Bourdieu & Wacquant, 1995: 94).

### **III. 2. Marco Metodológico de la investigación**

#### **III. 2.1. Presentación del abordaje metodológico**

Esta investigación propone el corrimiento de la mirada epistemológica sobre el proceso salud-enfermedad desde el eje biologicista hacia uno que contemple la inclusión de los procesos históricos y de producción de sentido, los actores involucrados en dichos procesos, las instituciones sanitarias y los valores e imaginarios sobre salud-enfermedad, sexualidad y mujer adolescente que se han ido construyendo como mandato de una época.

En este contexto, esta investigación busca analizar el discurso médico hegemónico a fin de desnaturalizar saberes y prácticas médicas que ordenan los comportamientos sexuales de las mujeres adolescentes. En este sentido, se asume que el discurso es la configuración de los marcos de lo posible en la sociedad (Laclau y Mouffe, 2010).

Teniendo en cuenta tales particularidades se trabajará desde un paradigma de investigación cualitativa que posibilite dar cuenta de procesos históricos, bajo una mirada crítica, constructivista, compleja y dialógica; es decir, que se estructura durante el proceso de reconocimiento y análisis. Así, realidad se entiende como un proceso comunicativo en donde se fotografían ciertos hechos a fin de ser comprendidos en su marco de inteligibilidad, lo que implica intentar dar explicaciones –que siempre son parciales, momentáneas y que prestan al debate, acerca de los sentidos, significados e intencionalidades.

Rosa María Cifuentes Gil señala que la investigación cualitativa implica:

“La comprensión situada, pertinente y significativa de la práctica social de las y de los sujetos y colectivos. Hacer una aproximación global de las situaciones sociales para explorarlas, describirlas y comprenderlas de manera inductiva a partir de los conocimientos que tienen las diferentes personas involucradas. Avanzar en la comprensión de los modos en que los actores sociales viven y construyen su realidad social desde su intersubjetividad cotidiana” (2011:17).

En particular, la investigación en comunicación social ha encontrado en las diferentes teorías del discurso posestructuralista un interesante entramado conceptual para estudiar cómo se realiza la construcción social de sentido. Coincidiendo con Bourdieu (1996) resulta imposible deslindar el posicionamiento epistemológico de las decisiones metodológicas, por ello se propone realizar un abordaje integral e histórico del tema-problema de investigación a través de un análisis crítico que permita, también, incorporar una lectura feminista.

Específicamente, Foucault (2007) distinguirá dos momentos de análisis: a) el arqueológico, que describe las formas en sí mismas, es decir, las reglas de un discurso particular en un período dado, y b) el genealógico, que estudia las condiciones histórico-políticas de surgimiento y producción de esas formas, lo que da cuenta de su contingencia y de las posibilidades excluidas en su constitución a fin de reconocer los saberes sometidos por el discurso dominante, los momentos de ruptura de las continuidades, los procesos de subjetivación que construyen sujetos y los poderes que producen efectos de verdad (Bolis, 2016). El primero, hace posible la investigación de las formas en sí mismas, mientras que el segundo da cuenta de la contingencia de su surgimiento y producción en una trayectoria temporal (Howarth, 2005).

En este marco, se propone desentramar el discurso médico hegemónico en diversos campos discursivos (legal, científico, institucional, médico, etc.) que den cuenta de las fijaciones de sentido que se dan en un momento dado de la historia y que recupere algunos de los anclajes propios de las trayectorias de poder. El objetivo de este programa de investigación se centra en la idea de que todos los objetos y prácticas tienen un significado, y que los significados sociales son contextuales, relacionales y contingentes (Laclau, 1990).

Coincidiendo con Howarth (2005), desde esta investigación se comprende que el método no es sinónimo de una posición libre de lx investigadorx, ni que puede ser entendido como un conjunto de reglas y técnicas neutrales a ser aplicadas mecánicamente a todos los objetos empíricos que se abordan. Es decir, que la metodología no es concebida como una caja de herramientas diseñada para analizar discursos en sus usos, como práctica empírica y racional, sino que se comprende que para que dichas técnicas de análisis cobren sentido se necesita un marco teórico discursivo que permita reconocer sus supuestos ontológicos centrales y sus propósitos políticos generales.

Las diferentes herramientas del análisis del discurso constituyen un conjunto particular de técnicas que pueden ayudarnos a entender y a explicar los fenómenos empíricos que ya se han constituido en objetos de análisis con sentido. Pero estas herramientas no agotan el concepto mismo de teoría del discurso (Howarth, 2005: 41).

Frente a esto, la presente propuesta se relaciona con la técnica de problematización de Foucault ya que “parte de un conjunto de problemas éticos y políticos acuciantes en el presente, antes de analizar las condiciones estructurales e históricas que les dieron origen, y, al mismo tiempo, provee los medios para su crítica y trasgresión (Howarth, 2005).

Así, la teoría del discurso postmarxista se ubica dentro de la rama hermenéutica de las ciencias sociales con el propósito de hacer interpretaciones de segundo orden sobre las interpretaciones y comprensión que los actores sociales tienen de sus situaciones y prácticas (Heidegger, 1962; Howarth, 2005). Esto a la vez implica entender que “las instituciones y las prácticas están en parte constituidas por las creencias y deseos de los actores sociales, que existe una relación interna entre acciones y significados subjetivos, y que la comprensión del sentido presupone un conjunto de prácticas de fondo compartidas” (Howarth, 2005: 43).

Es decir, el análisis de discurso propuesto por esta investigación no busca dar respuestas causales a los problemas que aborda, sino que pretende generar una línea analítico-argumentativa que permita un análisis cualitativo como una explicación posible. Esto, a su vez implica la contextualización de las interpretaciones de los actores sociales en una clave histórica que reconozca mapas de poder y discursos legitimantes.

Desde esta perspectiva se puede dar cuenta de la característica polisémica del lenguaje, los signos y símbolos, problematizando su capacidad para expresar los pensamientos y experiencias más íntimas de los sujetos, así como la soberanía constitutiva de una subjetividad que de alguna manera preexiste al lenguaje (Derrida, 1982; Lacan, 2002; Howarth, 2005).

El objetivo principal de la teoría del discurso no es sólo proveer nuevas descripciones o hechos sobre los objetos específicos de investigación, sino producir nuevas interpretaciones ya sea develando fenómenos visibles no detectados anteriormente por los enfoques teóricos predominantes, o problematizando las descripciones existentes y articulando explicaciones alternativas (Howarth, 2005: 46).

Para ello, es necesario que los hechos-discursos sean comprendidos dentro de campos discursivos de significación, entendiendo que toda explicación posible convive con otras perspectivas contingentes y contestables, que presentan disputa, pero que nunca logran fijar la totalidad del debate. Es decir, a partir de este análisis no se intenta develar la verdad del discurso médico hegemónico acerca de la sexualidad de las mujeres adolescentes, sino que se busca reconstruir un marco de interpretación -

con ciertos rasgos de solidificación- que permita poner en tensión la trama de poder y trazar líneas de pensamientos alternativos.

Lejos de la concepción de la metodología como una relación de exterioridad con el tema-problema de investigación, o con las categorías teóricas utilizadas para situar el debate, esta investigación propone entenderla como un marco integral de posicionamiento frente a una percepción social actual. Entendiendo que no puede haber un acceso no mediado con “lo real”, se comprende que el objeto de investigación es parte también de la construcción significativa que se argumenta para analizar estos discursos de poder. La idea misma de acceder a lo “real-concreto” presupone un abismo entre el sujeto y el objeto de conocimiento, ubicando al objeto como una materia prima fáctica que se analiza por medio de diferentes técnicas.

La metodología, entonces, se presenta como una búsqueda de lógicas en los discursos que permitan superar la dicotomía exterioridad/interioridad del objeto. Esto implica, en primer lugar, la identificación de las reglas que gobiernan una práctica profesional e institucional, y, en segundo lugar, de los presupuestos que permiten el funcionamiento de esas reglas (Laclau, 2000). En este sentido, el análisis que aquí se presenta no busca determinar su validez o verdad, si no el contraste y las huellas de esas afirmaciones en los relatos de poder de la sociedad moderna, occidental, adultocéntrica y patriarcal.

La lógica de la hegemonía, junto con la gramática de los conceptos y condiciones relacionadas que la hacen posible, provee un lenguaje de descripción para el análisis de los fenómenos políticos. Más específicamente, el funcionamiento de una lógica hegemónica presupone la existencia de un campo social cruzado por antagonismos y la disponibilidad de elementos ideológicos contingentes -o “significantes flotantes”- que pueden articularse por medio de proyectos políticos opuestos que pugnan por conferirles significado (Howarth, 2000: 110).

Esta comprensión metodológica conlleva la referencia ineludible de la ontología de la teoría del discurso, en donde se reconoce una serie de postulados -la contingencia de todos los objetos e identidades, el sujeto como falta, la producción histórica de relatos, el conflicto como constante en las relaciones sociales y políticas, etc.- que juntas constituyen sus condiciones de posibilidad.

Así, la teoría del fantasma de Lacan -para suplir la falta constitutiva del sujeto- o los conceptos de iterabilidad y diseminación de Derridá -como no saturación del lenguaje y presentación de una polisemia constitutiva-, permiten pensar en clave de deconstrucción, como pensamiento que critica, analiza y revisa fuertemente las palabras y sus conceptos.

Para dicha deconstrucción se presenta también un posicionamiento político-metodológico que tiene que ver con el reconocimiento de las mujeres como objeto de explotación y dominación del orden social, y al mismo tiempo como sujeto colectivo de lucha y transformación.

Para ello, esta metodología reconoce categorías y modelos explicativos que dan cuenta de estas desigualdades y violencias, al tiempo que reconoce una implicación subjetiva como actitud investigativa bajo la relación sujeto-sujeto en la que el proceso de conocimiento se establece como una relación dialógica. Es decir, en profundo vínculo con el objeto de estudio y el marco conceptual, la perspectiva metodológica de esta investigación se posiciona desde los postulados feministas en la producción de conocimiento científico, incorporando la perspectiva de género.

Las teorías críticas feministas, el enfoque relacional del punto de vista y las técnicas de recolección y análisis de información implican posturas políticas que ubican la relación teoría-práctica como base fundamental para la transformación. En este sentido, es que se proponen generar marcos interpretativos que muestren los dispositivos y mecanismos de orden social y patriarcal que posibilitan desigualdades de género con el propósito de gestar nuevas relaciones, toma de conciencia y formas de emancipación.

Siguiendo a Maribel Ríos Everardo:

Los estudios de género se centran, entonces, en los y las sujetos, y en la manera en que la cultura capitalista patriarcal expresa las diferencias entre ellos; es decir, en la construcción de condiciones culturales simbólicas y subjetivas responsables de la reproducción de ciertas ideologías de poder y opresión, generalmente de los hombres hacia las mujeres. Los trabajos de género develan que las instituciones sociales - transmisoras de la educación, cultura, valores, normas- así como la ciencia y las humanidades -productoras de conocimiento- comportan un sesgo de género (2012: 189).

En este sentido, la Doctora en Antropología y Maestra en Pedagogía por la Universidad Nacional Autónoma de México, propone algunos lineamientos para la investigación cualitativa feminista que serán tenidos en cuenta en este proyecto:

-Flexibilidad para la elaboración del diseño

-Erradicar el postulado de la investigación libre de valores, de neutralidad e indiferencia hacia los objetos de investigación, y remplazarlo por una parcialidad consciente, que se logra por medio de una identificación parcial con los y las sujetos de la investigación. La parcialidad consciente es diferente del mero subjetivismo o de la simple empatía, ya que la identificación parcial crea una distancia crítica y dialéctica entre el investigador y los sujetos de estudio.

-El proceso de investigación es un proceso de concientización, tanto para los científicos sociales que realizan la investigación como para los sujetos investigados, es decir, los grupos involucrados.

-Colectivizar las experiencias propias, superar en los estudios de género el individualismo, la competitividad y el profesionalismo desmedido (Ríos Everardo, 2012:193-195).

### III. 2.2. Técnicas de recolección de datos y métodos de análisis

La propuesta metodológica de esta investigación propone principalmente un momento de encuentro con médicos de los efectores de salud de la provincia de Buenos Aires que brinden atención en salud sexual a la población adolescente.

Para ello, se reconoce de suma importancia el diálogo con lxs coordinadores de los Programa de Salud Integral de Adolescentes tanto de la cartera sanitaria nacional como provincial, a fin de generar marcos que habiliten el diálogo con lxs médicos, conseguir datos de gestión de primera mano y formular conjuntamente la conformación de un protocolo de entrevistas a médicos de las distintas unidades sanitarias.

En este sentido, y a partir del contacto con los referentes de los espacios diferenciados para adolescentes se propone realizar entrevistas semi-estructuradas, observación participante y no participante, a fin de recuperar la subjetividad como espacio de la construcción de la vida, reivindicando la vida cotidiana como escenario para comprender la realidad socio-cultural, poniendo de relieve el carácter único, multifacético y dinámico de las realidades humanas.

Las entrevistas semi-estructuradas permiten priorizar una guía temática en el encuentro con lxs médicos, al tiempo que generan la apertura suficiente para la emergencia de nuevas preguntas e intercambios. En este sentido, y teniendo en cuenta la realidad laboral que lxs profesionales de la salud tienen hoy, permite generar empatía, recuperar nociones de lxs entrevistadxs, brindar profundidad los temas principales, tener una escucha activa y generar diálogos que habiliten el surgimiento de respuestas no esperadas.

Estas observaciones y entrevistas son diseñadas en intervalos temporales en conjunto con lxs profesionales para no interferir en la lógica misma de trabajo de los efectores, y a su vez para poder procesar la información recolectada. A diferencia de la modalidad censo, útil para el relevamiento numérico, las intervenciones se pensaron en forma espaciada para dar cuenta de procesos comunicativos y no de una “foto” específica de un día determinado del año.

Para ello, esta investigación propone la configuración de un mapa de los espacios de salud diferenciados para adolescentes en la provincia de Buenos Aires, articulando la información de la base del sistema de registro que contempla el Programa SUMAR y la brindada por el Programa de Salud Integral de adolescentes. Entre toda la información recopilada se reconocieron 263 espacios que brindan atención a la población adolescente en toda la provincia de Buenos Aires, de los cuales, según el propio Ministerio de Salud de la provincia, ninguno cumple con los requisitos para ser considerado un Centro Amigable de salud para adolescentes. En cambio, se registran

18 Servicios Diferenciados para la atención de adolescentes, 10 Consultorios Diferenciados y 206 Consultorios No Diferenciados (la clasificación de los espacios queda establecida por los principios de la Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación).

Para poder recuperar las tensiones en el entramado discursivo, se propone generar un muestreo que permita abarcar la mayor diversidad de postulados profesionales: para ello, resulta necesario el reconocimiento de los espacios de participación de lxs médicos, tanto en redes profesionales, como en espacios institucionales del Estado. Así, se recuperarán discursos de profesionales que participan de sociedades de ginecología y obstetricia, de la red de profesionales por el derecho a decidir, relacionados con espacios de bioética hospitalaria, especialistas en adolescencias y médicxs del sistema de salud provincial en general.

Para el análisis de discurso de los profesionales, también se considera importante recopilar el material informativo que se entrega en dichos centros de atención y un modelo de registro que se utilizan en los consultorios (historia clínica CLAP).

Asimismo, el análisis intenta recuperar los espacios de pertenencia de lxs profesionales, tanto en las organizaciones de especialistas (Sociedad Argentina de Pediatría -SAP-, Sociedad Argentina de Ginecología Infanto-juvenil -SAGIJ-, la Asociación Médica Argentina de Anticoncepción -AMAdA- y la Sociedad Obstetricia de Gienecología de la provincia de Buenos Aires -SOGIBA-); redes de profesionales (Red de Profesionales por el Derecho a Decidir, Red de Acceso al Aborto Seguro -REDDAS-) como en el marco de los Programas en los organismos de salud pública (Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación y Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires). También el conocimiento que lxs médicos presentan acerca de las legislaciones en materia de salud sexual y adolescencia (leyes nacionales y provinciales).

Por otra parte, se indagará en los recorridos curriculares de las carreras de medicina que lxs profesionales indiquen como lugar de formación profesional, a fin de identificar la presencia de contenidos sociales. Se tomarán todos los programas publicados en internet, se revisarán las descripciones de objetivos de cada cursada, el perfil profesional y la bibliografía obligatoria (en el caso que esté publicada).

Todo lo anteriormente descrito busca contribuir a la conformación de una cartografía latente del tema, identificando actores de poder, discursos legítimos circulantes y espacios de formación profesional en donde se sostienen o cuestionan los mandatos tradicionales de poder. En este sentido, y en contraposición a los enfoques empiristas, la presente propuesta busca expandir los horizontes discursivos y aplicar el recorte de información a analizar a partir de la conformación de muestras pequeñas. Esto implica que no se busca brindar un análisis exhaustivo de cada corpus conformado, sino que se pretende configurar un mapa general en donde se encontrarán correlatos, lógicas de

poder, tensiones y rupturas, para poder conformar una red más representativa de la circulación discursiva.

En cuanto al análisis de discurso, siguiendo con lo expresado en la presentación metodológica, se pretende formar cadenas de equivalencias significantes que permita la asociación de sentidos mediante un proceso de articulación discursiva (Laclau & Mouffe, 2010). Así, se intenta dar cuerpo a una práctica de deconstrucción de los significantes dominantes, indicando lógicas de posibilidad e imposibilidad establecidas por el orden social. Teniendo a su vez, una dimensión comparativa entre relatos de profesionales, no como identidades esenciales, sino como prácticas y objetos que comparten ciertos parecidos en el marco de las lógicas de campo.

La lógica de la redescrición retórica, la identificación de metonimias, la modalidad enunciativa (Foucault, 1991), los actos de habla (Austin, 1962), el análisis crítico del discurso (Van Dijk, 199) y la categoría de performatividad (Butler, 2002) son referencias necesarias para examinar la manera en que las batallas hegemónicas incluyen constantes intentos para redefinir temas y procesos de modo que sean apropiados a un proyecto particular.

Se trata, entonces, de reconocer aquellas condiciones y reglas que deben cumplirse en un orden dado del discurso para que un enunciado sea reconocido como significativo y legítimo. Esta tarea requiere un análisis de los contextos históricos en los cuales ocurren dichos actos elocutivos, para reconstruir las convenciones y condiciones del entorno dentro de las que pueden interpretarse los enunciados (Howarth, 2005).



## CAPÍTULO IV



*Discurso médico, entre lo instituyente  
y lo transformador*

## CAPÍTULO IV: Discurso médico, entre lo instituyente y lo transformador

En este capítulo se desarrollará el análisis de las entrevistas realizadas a profesionales de la salud a partir de las categorías y métodos explicitados en el Capítulo III. Se identificarán contenidos reiterados en las entrevistas pero también se hará hincapié en las tensiones discursivas que aparezcan.

### V.1. Presentación de lxs entrevistadxs

El cuerpo de entrevistadxs está integrado por médicxs que trabajan en hospitales del sistema público de salud de la provincia de Buenos Aires. Se realizaron un total de 13 entrevistas, cuya duración promedio alcanzó los 50 minutos por cada profesional. Las entrevistas fueron realizadas en los espacios de trabajo de lxs médicxs durante su horario laboral, pudiéndose observar también la dinámica del espacio y la población que concurre.

Dentro del corpus de entrevistadxs se observa que la mayoría son mujeres cis y que no hay profesionales trans. Las principales especialidades son ginecología, toco ginecología y obstetricia, medicina familiar y pediatría. El rango etario de entrevistadxs es de 34 a 65 años, incluyendo tanto a residentes como profesionales con más de 20 años de trayectoria. Acerca de los procesos formativos, cobran especial relevancia las universidades de La Plata, Buenos Aires y Rosario.

Por último, se desea aclarar que los nombres de lxs médicxs fueron resguardados para protección de lxs trabajadores en tanto compartieron reflexiones personales acerca de su lugar de desarrollo profesional y de las entidades públicas que rigen su trabajo. Asimismo, se señala que las características poblacionales expuestas en la siguiente tabla fueron tomadas de las entrevistas a dichxs profesionales, según propias percepciones en su práctica laboral.

Código	Formación	Especialidad	Lugar de trabajo	Localidad	Edad	Género	Participación en organizaciones	Características de la población usuaria
E1	UBA	Toco ginecóloga	Servicio de Ginecología - Hospital Simplemente Evita González Catan	González Catan	65	mujer cis	Programa de Salud Sexual provincia de Buenos Aires	Mujeres y personas con capacidad de gestar en su edad reproductiva Bajo nivel económico Bajo nivel educativo

Código	Formación	Especialidad	Lugar de trabajo	Localidad	Edad	Género	Participación en organizaciones	Características de la población usuaria
E2	UNLP	Medicina General y Familiar	Consultorios - Hospital Sub zonal Especializado José Ingenieros	Romero	56	mujer cis	Red de Profesionales por el Derecho a Decidir Red de Consejerías La Plata - Berisso y Ensenada Federación Argentina de Medicina General (FAMG) Teatro comunitario "451 Colectivo Sanidad"	Población escolarizada Zona peri rural
E3	UNLP	Ginecologa y Obstetra Ginecología Infanto Juvenil Endocrino-ginecóloga	Servicio Adolescencia - Hospital Evita	Lanús	57	mujer cis	Delegada Regional Sur - Asociación Médica Argentina de Anticoncepción (AMADA) Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil (SAGIJ) Red de Acceso al Aborto Seguro (REDAAS) Red de Profesionales por el Derecho a Decidir. Consultora del Programa de Salud Sexual de Nación y provincia de Buenos Aires. Consultora del Programa Nacional de Adolescencia	Población entre 11 y 20 años. Primer cordón del conurbano. Bajo nivel económico. Clase media sin obra social por crisis
E4	UNR	Residente de Toco ginecología	Jefa de Residentes de Toco Ginecología	Hospital de Pergamino	35	mujer cis		Mujeres y personas con capacidad de gestar Con y sin obra social (por crisis) Gran porcentaje sin escolarizar Bajos recursos

Código	Formación	Especialidad	Lugar de trabajo	Localidad	Edad	Género	Participación en organizaciones	Características de la población usuaria
E5	UNR	Pediatra	Sala de adolescencia	Hospital de Pergamino	61	mujer cis	Sociedad Argentina de Pediatría (SAP)	Población entre 10 y 19 años Con y sin obra social Es el centro de derivación regional
E6	UNLP	Pediatra Especialista en Adolescencia	Jefa de la Unidad de Adolescentes - Hospital Gutiérrez	La Plata	61	mujer cis	Secretaria del Comité de Adolescencia de la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP). Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil (SAGIJ)	Población entre 10 y 21 años (flexible) Bajos recursos. Población migrante: Paraguay, Bolivia y Perú. Clase media-baja que se quedó sin obra social
E7	UBA	Ginecóloga Infanto Juvenil Medicina Social y Comunitaria	Unidad de Adolescencia - Hospital Wilde	Wilde	53	mujer cis	Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil (SAGIJ)	Población entre 12 y 20 años Escolarizada Clase media y sectores de bajos recursos Población migrante: Paraguay y Bolivia
E8	UNR	Toco ginecóloga	Consultorios de Ginecología y Obstetricia / Guardia Ginecológica	Salto	38	mujer cis		Clase media baja
E9	UNLP	Medicina General	Consultorio Salud Sexual, Género y Diversidad - Hospital Cestino	Ensenada	54	mujer cis	Federación Argentina de Medicina General (FAMG) Asociación de Medicina General de la provincia de Buenos Aires (AMGBA)	Población entre 16 y 50 años La mayoría son personas expulsadas de sus hogares, y pasan a ser clase baja Migrantes: Brasil, Chile, Uruguay y de República Dominicana

Código	Formación	Especialidad	Lugar de trabajo	Localidad	Edad	Género	Participación en organizaciones	Características de la población usuaria
E10	UNLP	Medicina General y Familiar	Admisión de Guardia / Servicio Social - Hospital Gutierrez	La Plata	43	hombre cis	Red de Profesionales por el Derecho a Decidir. Red de Consejerías en Salud Sexual: La Plata - Berisso y Ensenada	Mujeres y personas con capacidad de gestar en edad reproductiva Estudiantes Universitarias Sectores de bajos recursos Población con y sin obra social
E11	UNLP	Obstetra y Ginecólogo	Atención ILE - Hospital Cestino	Ensenada	43	hombre cis	Red de Parto Respetado. Red de Profesionales por el Derecho a Decidir. Red de Consejerías en Salud Sexual: La Plata - Berisso y Ensenada	Mujeres y personas con capacidad de gestar en edad reproductiva. Secundario incompleto. Sin obra social. Población migrante: Bolivia, Perú y Paraguay Personas con obra social que les rechazan la atención de ILE en otros efectores públicos y privados
E12	UBA	Pediatra	Programa de Atención Integral de Adolescentes - Hospital Luciano y Mariano de la Vega	Moreno	64	mujer cis	Sociedad Argentina de Salud Integral del Adolescente (SASIA)	Población entre 13 y 22 años (flexible) Población con dificultades económicas
E13	UBA	Residente de Medicina General	Hospital Nacional Dr. Baldomero Sommer	General Rodríguez	34	mujer cis		Población urbana y rural Bajo nivel económico

## V.2. Acerca de lxs adolescentes

El objetivo de esta investigación se centra en reconocer y analizar las significaciones acerca de la sexualidad de las mujeres adolescentes en el discurso médico hegemónico. En este apartado, se analizarán los enunciados de los profesionales de la salud correspondientes a las adolescentes, su sexualidad, el embarazo y la toma de decisiones. Cabe destacar, que estas categorías de análisis fueron construidas a partir de lo verbalizado por lxs médicxs en las entrevistas.

### V.2.1. Caracterización

La pregunta por la adolescencia es una pregunta por la otredad, que inevitablemente se vuelve espejo de la propia identidad de lxs profesionales, porque ambas caracterizaciones son relacionales. En este sentido, los testimonios aquí recolectados recuperan imaginarios de lxs profesionales acerca de lxs adolescentes y también de su propio trabajo como médicxs.

¿Qué entienden lxs médicxs por adolescencia? En su mayoría, lxs entrevistadxs comprenden a la adolescencia como un rango etario y solo hay una médica que define a la adolescencia como una construcción social.

Son chicos de 10 años hasta los 19 (E5).

La adolescencia se divide en temprana, media y tardía. Son definiciones arbitrarias, uno las tiene que tomar siempre si hace un recorte por la edad, menores de 15, de 15 a 19 y mayores de 20. Esto no es reglamentariamente así, todos sabemos que un adolescente de 14 y otro de 14 es absolutamente distinto porque están adquiriendo capacidades (E3).

Por adolescencia ponemos límites de edad, el período de la adolescencia en este último tiempo, y digo esto porque yo hace más de 30 años que soy médica, y es una construcción social (E2).

En esta última cita, se puede, entonces, reconocer un desplazamiento de la concepción tradicional de adolescencia, vinculada a la propia rectoría de Salud en el mundo que es la OMS, en donde si bien se comprende que la adolescencia puede ser clasificada dentro de un rango etario, responde a construcciones sociales que están en constante transformación.

Este dislocamiento entre la identificación taxativa de la adolescencia como franja etaria y el reconocimiento social que aparece con las juventudes, muestra de alguna manera la incorporación de parámetros no biológicos en las interpretaciones de lxs profesionales de la salud. Este corrimiento le exige al profesional una revisión de sus propios conocimientos.

En este sentido, cabe destacar que las teorías dominantes en salud presentan una ausencia en el marco conceptual sociocultural, por lo que carecen de respuestas a realidades complejas. En sentido opuesto, se puede distinguir cuando lxs profesionales de la salud están especializados en el tema, poseen otros recorridos de formación que exceden a la concepción biologicista de la salud y adoptan conceptos y reflexiones que no fueron parte de su formación académica original.

En este sentido, se puede reconocer también la apertura a un plural, que entiende que “que un adolescente de 14 y otro de 14 es absolutamente distinto” (E3), aunque la explicación a dicha pluralidad se dé en el marco de la idea de desarrollo corporal y

subjetivo “porque están adquiriendo capacidades”, es decir, son un sujeto en formación. Estas nociones resultan relevantes al momento de indagar acerca del vínculo que se establece entre lx médicxs y lx adolescente: existe una relación pedagógica.

Las cosas que se hablan y se trabajan cuando se es joven es mucho más fácil que queden como hábitos a largo plazo. Los adultos oponen más resistencia al cambio de eso a lo que están acostumbrados (E7).

En esta relación, se puede asumir que en líneas generales lxs adolescentes resultan una población “difícil” para lxs médicxs. Esto se debe a varios factores enumerados por lxs propixs profesionales como la dificultad de establecer un vínculo con los efectores de salud, el esfuerzo que deben hacer para comprender sus modos de actuar y relacionarse, así como la toma de decisiones relacionadas con sus propios proyectos de vida.

“Es verdad que los adolescentes son un grupo difícil”, comienza diciendo E2, que hace más de 30 años que tiene experiencia atendiendo a este tipo de población. Así, existe un primer reconocimiento que tiene que ver con el precario vínculo que lxs adolescentes mantienen con el sistema de salud.

La población adolescente ya sabemos que viene poco, que si viene y lo tratan mal no vuelve, hay toda una situación del abordaje de ese joven para que se sienta cómodo, logre empatía, entienda que ese es su espacio, que se lo va a respetar, y vuelve (E3).

El adolescente no es una persona que tenga la costumbre de consultar, y menos a un hospital. Va a llegar en situaciones dramáticas, un accidente, una herida, pero no se le va a ocurrir querer saber cómo estoy, de peso, de estatura (E12).

Nosotros abordamos salud sexual, ir directo al punto para no perder oportunidad. Sobre todo en población adolescente por esta cuestión de que son tan erráticos de por sí, por el proceso que están atravesando, el adolescente es muy reticente y hay que ver si confía en vos o no, entonces en el momento de la consulta es el momento para hablar de absolutamente todo (E13).

Este pensamiento aparece fundado en la consideración de que lxs adolescentes son una población sana. Esto abre una doble pregunta: por un lado, si la OMS considera que la salud es un estado de bienestar integral, ¿por qué la salud es reconocida por los efectores de salud como la ausencia de enfermedad? Pero, al mismo tiempo, aparece una cuestión insoslayable que tiene que ver con que si lxs adolescentes son sujetos sanos, entonces ¿por qué deberían afianzar el vínculo con los efectores de salud?

La justificación de dicho vínculo se sostiene a partir de la idea de riesgo, el cual por un lado es el componente central del paradigma de salud hegemónico en la actualidad, y por el otro es una característica asociada a lxs adolescentes. Como ya se señaló en el Estado del Arte de esta Tesis doctoral, uno de los abordajes predominantes sobre los

estudios de juventud son aquellos que vinculan a lxs adolescentes con conductas de riesgo.

Intento de suicidio es lo que más estamos recibiendo. A lo mejor es por la gravedad, lo que a uno le llama la atención, pero intento de suicidio y trastornos en la alimentación son dos cosas que empezaron este año más frecuente. Creo que tiene que ver con ser adolescente (E5).

El adolescente tiene una característica que es “a mí no me va a pasar”. Va por la vida poniendo el cuerpo en todo, que supongo lo tuvimos todos eso, pero como está la vida hoy, ellos no se dan cuenta que es mucho mayor el peligro que hace muchos años atrás. Es la característica del adolescente. Ellos tienen que imponerse (E5).

Como se mencionó, una de las configuraciones centrales de la salud hoy se encuentra asociada a la idea de riesgo. Ese paradigma responde a un enfoque biologicista de los procesos de salud-enfermedad al tiempo que introduce en los estudios epidemiológicos la intervención del sujeto en su propia salud. Sin embargo, esa incorporación de “lo social” al campo de la salud se da desde una perspectiva que lo reconoce como la sumatoria de comportamientos individuales, que a su vez funcionan como indicadores de las probabilidades de enfermar.

En el ejercicio probabilístico del riesgo se encuadra entonces una sumatoria de factores que, independientes entre sí e independientes a sus orígenes, actúan sobre el proceso de salud-enfermedad sin distinción. En este sentido, Almeida Filho cuestiona esta tendencia reduccionista en la noción de riesgo “definida simplemente como un juego de probabilidades de instalación de la enfermedad, dada una serie finita de factores de exposición” (Almeida Filho, 1992: 21). Así, el riesgo reviste un carácter técnico-instrumental como señalador del peligro en salud.

En este marco, afirmar que lxs adolescentes cobran relevancia hoy por el aumento de riesgos en salud es concluir que existe algo de la sumatoria de conductas individuales que se dan hacia adentro de un grupo poblacional específico -en el campo de la salud definido por una diferencia de carácter etario-, las cuales generan una alarma sanitaria llamando a las instituciones de salud a ocuparse de un sujeto que en la historia de la medicina había sido considerado sano.

El reconocimiento de lxs adolescentes cobra entonces una relevancia en tanto sujeto que presenta múltiples vulnerabilidades.

A la adolescente lo que le pasa es que tiene mucho más miedo, está mucho más desprotegida por la información que tiene. Porque generalmente viene sola, está como menos acompañada. No solo por una persona física sino también por la desinformación, por los mandatos (E10).

Me parece en general que en la adolescencia hay más desinformación, por lo tanto, más vulnerabilidad y se los tiene estigmatizados a los adolescentes como que hacen lo que se les canta, que no tienen ni idea y eso los vulnera más (E10).

Dichas vulnerabilidades deben ser abordadas desde el mundo adulto para generar entornos de protección ante las dificultades que atraviesan.

Hay mucho abandono de los adultos para con los adolescentes y los pobres. Los padres tienen que trabajar cada vez más, los chicos están cada vez más solos (E6).

En un adolescente que por ahí el entorno familiar no sea el mejor pero está escolarizado, tiene una alimentación medianamente saludable, tiene un grupo de pares y podemos hablar de cuidados en la sexualidad, hace un deporte, estos son factores protectores. A veces la misma institución, la adhesión del paciente al acceso de salud, que sienta que este espacio es de él, es un factor protector y a veces es lo único que tiene. Factores de riesgo es justamente todo lo contrario a lo que dije, por ahí son los más importantes donde no hay adultos. Los modelos son importantes, porque hay tendencias a repetir historias (E6).

Así aparece una pregunta espejo en donde la intencionalidad de establecer dicho vínculo es principalmente impulsada por el sistema sanitario y no por la demanda poblacional de lxs adolescentes. Existe un trasfondo que corresponde por un lado a la idea de "control" que establece el sistema de salud como mecanismo de poder sobre los cuerpos -como ya se dijo anteriormente esto se relaciona especialmente con las mujeres y su salud sexual, pero también con las disidencias sexo-genéricas y con las adolescencias-.

Pero también siento que es una población que necesita más atención; ellos no son los culpables (E4).

Una de las cosas que más me sorprende de los jóvenes todavía son los dolores que atraviesan, las vidas que tienen. Que a veces me pongo a pensar, cómo hacen esos pibes, con tanto, tan duro (E3).

La adolescencia es ese período en el que más dificultades se presentan. Es un proceso en el cual el paciente o la paciente tiene que forjar su identidad y a veces no está acompañada por un núcleo o un sistema familiar (E4).

Frente a esta idea de desprotección del mundo en el que viven lxs adolescentes, se abre el mandato profesional y también generacional del tutelaje, que con o sin la intensión de lxs profesionales, aparece desde una impronta y tradición del control y la normalización de los sujetos.

Todos los pacientes necesitan generar confianza en el otro pero el adolescente particularmente más. Si le caes bien, si no le caes bien, si confía o si no confía, si te abre las puertas o hasta ahí, ver qué onda. Tal vez cuando uno engancha de alguna manera óptima justo con ese adolescente en particular que no es lo mismo que con otro paciente adolescente, tal vez puedas tener un poco más de llegada y, tal vez,

piense que sos digno de su consideración y entonces te dé un poco de pelota. Más o menos si llegás a tener buena onda con los adolescentes, vuelven, confían y más o menos te hacen un poco caso ¡Qué comentario paternalista, borrrá eso! (E13).

En la Teoría del Riesgo, la causalidad ha sido un punto clave de discusión en los procesos de salud-enfermedad. Es decir, encontrar la causa de la situación de salud que conlleva a una persona a relacionarse con un efector.

Lo que se pone en tensión con respecto a esta comprensión de la salud humana es si la mera suma de factores da necesariamente un estado de salud determinado (Rothman *et al.*, 2011). Así, la pregunta acerca de cuáles son los factores que convierten a lxs adolescentes en sujetos de riesgo y por lo tanto, sujetos vulnerables que necesitan de la intervención adulta especializada para normalizar sus vidas y reducir su exposición, nos lleva reconocer: ¿Cuáles son esas características que asocian a lxs adolescentes y que lxs constituyen como sujetos “difíciles”?

La adolescente es menos racional en general y más de exigir que lo hagan ahora. Algo así como poca tolerancia a la espera. Y manejan situaciones que a veces a los adultos nos cuesta entenderlos (E1).

Los jóvenes no importa cómo se identifiquen, son jóvenes, esa impunidad que les da la juventud, parece que nunca se van a enfermar (E9).

Como el adolescente va cambiando, va teniendo distintas modas, distintas formas de presentarse con los años, hay que ir *aggiornándose*, porque si no te vas quedando (E5).

Aquí, subyace una comprensión de lxs adolescentes como población difícil por algunas características relacionadas a la idea de la poca dimensión que los jóvenes tienen acerca de las consecuencias de sus actos. Aparecen en el imaginario médico como una población impulsiva, menos consciente y, por lo tanto, más vulnerable.

Este discurso se encuentra mediado por el reconocimiento de las propias limitaciones de lxs profesionales y por el desconcierto que aparece cuando lo social se impone a lo estrictamente técnico-sanitario en el vínculo médico. ¿Cómo interpelar a un sujeto que es considerado sano, pero está en una situación de vulnerabilidad, necesita de mis saberes pero no actúa de acuerdo a mis recomendaciones? ¿Qué posibilidades tengo como médicox de intervenir en sus grados de exposición social?

Entonces, para lxs profesionales de la salud la población adolescente se torna un actor que representa un comportamiento nuevo, que desafía el orden instaurado y que es considerado como peligroso por el modelo médico hegemónico en tanto está siempre expuesto a un riesgo por el solo hecho de ser adolescente (Menéndez, 1998).

Sin embargo, el reconocimiento de lxs profesionales de la salud es diverso, presenta tensiones e, incluso, como se puede observar en una de las citas anteriores, existe un

propio reconocimiento de una práctica de tutelaje “¡Qué comentario paternalista, borrrá eso!” (E13). Se da lugar, entonces, a la reflexión acerca de los imaginarios imperantes y hegemónicos sobre el ser adolescente.

Sin embargo, algunxs profesionales presentan una articulación discursiva con un clima de época que discute acerca de las características que presentan lxs jóvenes.

Viste esa sensación que los adolescentes no piensan nada, yo no la tengo (E2).

Por otro lado, en el corpus de entrevistas se encuentran testimonios que responden a la categoría de “jóvenes ni-ni”, la cual resulta una fórmula efectiva porque permite que el imaginario social los ubique rápidamente en un marco de valores, capacidades y posibilidades comunes. Para ello, la lógica “ni, ni” anuncia una elección particular de estos jóvenes: lxs sin trabajo y sin estudios. La voluntad personal de estos actores es la que los condiciona a ser lo “peligroso” para la sociedad, desconociendo, que “no hay decisión subjetiva que no se tome en el marco de las condiciones sociales en las que cada sujeto se inserta”, tal como señalan María del Carmen Feijoó y Leandro Bottinelli (Le Monde Diplomatique, 2014:1).

“Doctora, tenía que venir a hacerme un laboratorio a las 6 de la mañana y me quedé dormida” y a vos te da bronca porque decís, no trabajas, no estudias. No haces nada, porque muchas veces no hacen nada, no lo digo de mala manera, no te levantaste y es tu única responsabilidad y vos tenés que resolverle todo el problema (E4).

Sin embargo, también aparece en los discursos de los profesionales el reconocimiento de que esa vincularidad no tiene un receptor pasivo, sino que lxs adolescentes también lxs interpelan. Entonces, se formula la pregunta por el universo vocabular (Freire, 1970) de esa otredad y la posibilidad de generar estrategias en ese reconocimiento.

Yo intento manejar desde la consulta lo que es crecimiento, sexualidad, lo que significa cada cosa, que pasa con los receptores, con la piel, la mirada, porque una cosa es cómo nos erotizamos o dónde está puesto la libido y otra cosa es hablar de sexo seguro, es como bajar una línea que cae como en saco roto en los jóvenes (E6).

Son los jóvenes y es el momento de los jóvenes, nosotros ya tuvimos nuestro momento, hay que cederles el espacio a los jóvenes. Pero hay que acompañarlos, dejarlos solos porque ellos saben un montón de cosas que nosotros ignoramos no significa que no los estemos abandonando (E6).

Cuando vos ves en los chicos que te dicen: “yo quiero ser albañil” y uno claro, trata que no lo sean, que aspiren a algo más. Y yo hago que lo relacionen, ¿Te parece importante estar cargando bolsas en el sol o en el frío? Y no estar sentado en una oficina con aire acondicionado o con calefacción. Y los chicos nunca lo pensaron a eso. Es bastante difícil hacérselos entender, por otro lado uno tiene que entender como es la situación de ellos (E5).

Esta relación pedagógica encuentra sus límites en lo que Freire (1970) denomina como la concepción bancaria de la educación, en donde lx paciente se presenta como un sujeto vacío, en un momento objetual, que debe ser completado por los saberes del pedagogo, en este caso lx médicx. “Es como bajar una línea que cae como en saco roto en los jóvenes”, señala E6, dando cuenta que el proceso pedagógico necesita de un reconocimiento mutuo en tanto sujetos.

Ese reconocimiento de una subjetividad que excede mis deseos, mis saberes y mi poder, recae sobre algunxs de lxs profesionales en forma de pregunta sobre la propia práctica y saberes acumulados. La posibilidad de poner en cuestionamiento a la verdad, aunque esa verdad aprendida sea respaldada por un paradigma de legitimación científica.

¡Claro que me desafían! Los pibes tienen una sabiduría en algunas cuestiones que ya tienen analizadas. Las personas, no solamente los pibes. Porque lo que le pasa al otro es del otro, hasta que vos escuchas y te metés ahí, en otra subjetividad distinta a la tuya. Yo creo que eso es la empatía. Ahí tiene que haber algún tipo de situación en la que reflexiones y tomes un rumbo en ese análisis, sino seguís pensando como vos mismo (E3).

En este sentido, el reconocimiento de ese otro sujeto que pone en tensión mi propia identidad se encuentra mediado por esos pre-supuestos del imaginario social acerca de las adolescencias. De allí, la importancia en deconstruir estas percepciones hegemónicas para reconocerlas como construcciones socio-culturales arbitrarias que, por lo tanto, pueden ser modificadas. No hay esencialidad en el sujeto más que su libertad y capacidad de transformación de su propia vida y -en alguna medida- del entorno en el que vive. Por eso, ser adolescente es primero un plural, en tanto se incorporan vivencias diferentes y desiguales, y segundo, una construcción generacional de época.

### **V.2.2. Sexualidad**

En la entrevista se preguntó a lxs médicxs acerca de cómo creen que viven la sexualidad las adolescentes. La amplitud de la pregunta, tenía como intencionalidad despertar asociaciones con un cierto grado de apertura, las cuales intentan ser reflejadas en este apartado. A grandes rasgos, se puede observar que la sexualidad aparece relacionada íntimamente con los cuidados en salud sexual, siendo una preocupación/ocupación especial de lxs profesionalxs de la salud. También, se evidencian reflexiones acerca de las prácticas sexuales y el placer, los roles de género y la información para la toma de decisiones en materia de sexualidad/identidad.

La adolescencia cobra una especial preponderancia al momento de abordar la pregunta por la sexualidad. Probablemente esto se relacione con las ideas

desarrolladas en el apartado anterior en donde se considera a la adolescente como un sujeto en crecimiento, desarrollo y formación. Así, aparecen afirmaciones como:

En la adolescencia todo pasa a través del cuerpo, así que la sexualidad es un tema muy importante para ellos, por ahí no aparece como motivo de consulta manifiesto pero sí latente (E6).

Generalmente hay un período en el adolescente en donde tiene dudas, en donde la identificación sexual está dudosa. Se están formando en ese momento (E5).

Por un lado, existe un reconocimiento de la sexualidad como parte constitutiva de la identidad subjetiva, que se produce en el marco de un desarrollo corporal y madurativo. Para los médicos la sexualidad aparece como algo difuso durante la adolescencia -entendida como período etario- y se presenta como una fijación hacia el futuro. Se considera que durante la adolescencia se vive en un contexto exploratorio y luego, en la adultez, llegan las definiciones.

En estas ideas subyace una percepción de la sexualidad como constructo que alcanza un momento de claridad junto con el proceso madurativo. La sexualidad no se entiende como un proceso constante, sino que es un proceso en la medida en que se encuentra asociada a la adolescencia como momento transicional de la vida humana.

Sin embargo, no todos los profesionales de la salud acuerdan con respecto a esto y aparecen visiones aisladas relacionadas con otra forma de comprender la sexualidad.

Yo te podría decir que la viven como cualquiera porque la sexualidad es algo normal, algo que se vive. Podría decirte que las adolescentes como las mujeres, están atravesadas por una cuestión de género. Tienen las mismas situaciones, quizá no las mismas porque, gracias a Dios, han cambiado cosas. Las jóvenes las viven naturalmente dentro de su mundo (E3).

Esta comprensión de la sexualidad presenta una articulación entre la percepción de la usuaria y el médico. La sexualidad es siempre una construcción y se encuentra íntimamente relacionada con la cultura de una sociedad en un lugar y momento determinado de la historia. Esto no significa la negación de ejes transversales como por ejemplo la asociación entre la identidad y la sexualidad a lo largo de la historia; sin embargo, reconoce un aspecto social cambiante en el que los significados acerca de la sexualidad también se modifican, se aceptan, se rechazan o se combaten.

La sexualidad, como vimos en el Capítulo II, es una categoría necesariamente relacional en donde la mirada de los otros, sus prejuicios, miedos, condicionamientos y verdades influyen en los deseos y en las conductas propias. Así como Butler (1993) y Agamben (2018) reconocen la formación de cuerpos de una época y un tipo de sociedad, la sexualidad es parte constitutiva de un ser epocal que reproduce, tensiona y modifica preceptos de un momento histórico.

Si bien, aún el orden sigue siendo patriarcal, la lucha de las feministas ha permeado el relato social generando rupturas con los roles asignados, hacia procesos emancipatorios y soberanos.

Me parece que es un tema común a las mujeres, cómo viven su propio cuerpo, cómo están empoderadas con respecto a lo que significa. No estamos hablando sólo de vivir la menstruación y la sexualidad, sino de cómo nos representamos las mujeres a nosotras mismas (E3).

De esta forma, se puede vincular la pregunta por la sexualidad con la búsqueda del placer. Es relevante que esta asociación aparezca en el discurso médico, ya que dichas reflexiones no son alentadas desde los espacios de formación profesional. En las facultades de medicina lo sexual es preponderantemente comprendido desde el paradigma de riesgo, siendo la mayor ocupación del profesional de la salud atenuar dichos factores.

De todas maneras, esta pregunta por el placer que genera una apertura del discurso médico hegemónico sobre la sexualidad, aparece mediada por la condición de la adolescencia y de género.

A mí una de las cosas que me sigue llamando mucho la atención, es que el inicio de relaciones sexuales es algo decidido desde lo intelectual, desde lo volitivo, pero no tienen una decisión desde lo afectivo ni tampoco desde lo erótico. No tienen relaciones sexuales porque se excitan, sino que inician relaciones sexuales porque ya salí hace tres meses, porque si no me va a dejar, porque todas tienen entonces cómo no voy a tener yo (E1).

Hay muchísimas que no conocen por ejemplo lo que es un orgasmo, no hablan demasiado con sus parejas acerca de la sexualidad, de lo que les gusta. Hay muy pocas que tienen experiencias masturbatorias. La sexualidad en la adolescente es una sexualidad pobre desde lo erótico. No tienen una instancia exploratoria (E1).

Cuesta mucho que las chicas se apropien de su deseo, del disfrute, de lo que tiene que ver con el placer. Es muy frecuente escuchar que ellas inician sus relaciones sexuales para pertenecer, porque la pareja las presionó, para probar. Yo escucho mucho en el consultorio a ver quién hace mejor un pete, sexo anal, sexo oral y por ahí no tienen sexo genital (E6).

En la sexualidad siempre estar supeditadas a lo que quiere su pareja que siempre es mucho más importante que lo que ellas quieren. Muchas veces ni siquiera saben qué es lo que ellas quieren, porque no tienen lugar para preguntarse lo que ellas sienten o tienen ganas de hacer. Entonces, esta cuestión de servir a su pareja masculina es muy fuerte y es prioritario. A las consultas vienen muchas que tienen problemas en el acto sexual porque les duele y entonces a su novio no le gusta porque no la pasa bien. Tiene mucha relevancia entonces el “si funciona o no funciona” para ese rol, sino voy a quedar excluida del sistema, de la comunidad (E13).

Según se puede observar en los anteriores fragmentos extraídos de las entrevistas, existe una desigualdad de acceso al goce según género. Siendo las mujeres las que se encuentran al servicio de sus parejas o vínculos sexo-afectivos.

También, en las entrevistas se registra una expectativa en que las adolescentes puedan priorizar los placeres más allá de la mirada de lxs otrxs. La pregunta que surge de este entramado discursivo es si esa priorización se da durante la adultez o si como señalan muchos de los fragmentos, están relacionadas con mandatos culturales que atraviesan a toda la población.

La otredad se puede configurar como el depósito de la mirada de los propios miedos y prejuicios, porque para el sujeto resulta más accesible ver esas desigualdades en otrxs más que en sí mismo. ¿Es cierto que el placer como acto de agradarle al resto se da solamente en la adolescencia? ¿Es una característica distintiva? ¿Cuáles son los mandatos que soporta el mundo adulto sobre sus espaldas? En este sentido, el señalamiento de la búsqueda del propio placer puede ser enmarcado como una intencionalidad de deseo sobre una proyección de sí mismxs.

No se trata de negar la experiencia como método sustancial de aprendizaje, sino de reconocer que no existe garantía en la evolución madurativa de que con ella se adquiera una conducta diferente, ni de una estructura social que condene el sometimiento sexual. La pedagogía pornográfica, las múltiples formas de explotación de los cuerpos de las mujeres en el mundo y en los medios de comunicación, la objetualización de las femineidades, son pieza fundamental del orden social vigente.

En correlato, lxs médicxs registran un acceso desigual al placer por la condición de género en donde las femineidades quedan supeditadas al goce masculino. Resulta interesante que esto se reconozca incluso desde los inicios de las relaciones sexuales, reafirmando la lectura realizada por Carole Pateman (1995) acerca del funcionamiento social y el contrato sexual originario en el que se basan las tramas vinculares.

Así como de las mujeres se espera ser madres y ocuparse de las tareas de cuidado, también se espera que sean seres serviciales a los placeres ajenos, siendo este el motivo último de su desempeño en los actos sexuales. El placer tiene un epicentro que sigue siendo masculino y adulto.

Sin embargo, estos discursos nunca son homogéneos y entran en tensión con lo que sostienen otros profesionales. Aunque de manera aislada, resulta interesante incorporar la siguiente lectura de cómo se restringe el placer y cuánto de la pedagogía sostenida por lxs adultxs se imprime en las subjetividades juveniles.

Los adultos tienen muchos tabúes, no se habla mucho del placer, de qué es lo que uno tiene que buscar en la relación sexual. Hay muchas madres que hablan de que lo que importa es conformar al hombre y no importa mucho lo que sienten las mujeres, que

después te vas a terminar sintiendo bien vos. Hay ese machismo en los adultos y se transmite eso (E7).

Resulta llamativa la preponderancia que tiene la mujer en la pedagogía de la sexualidad. Aparece una asociación entre la identidad de género y las ocupaciones/preocupaciones que se espera tengan las mujeres. Tanto las prácticas de cuidado como las pedagógicas -no especializadas- son delegadas a las mujeres. Asimismo, en esta frase se puede comenzar a identificar la construcción predominantemente binaria que aparece en el sistema de salud, cuestión que se trabajará en un apartado posterior.

Por otra parte, existe un reconocimiento de los procesos de transformación social en relación a las pautas vinculares de una época -cuando lxs profesionales entrevistadxs eran jóvenes- y otra -la que actualmente están viviendo-. Esto brinda apertura a comprender que la sexualidad no es un componente estanco sino que se relaciona con mandatos, deseos, posibilidades e imaginarios de un momento dado.

Recién ahora (las mujeres) están viendo que podrían hacer o ser otra cosa que no sean lo que fueron o son sus madres, sus hermanas, sus tías. Y eso es un dogma muy fuerte. Romper con esa estructura y ser otra cosa es un trabajo muy complicado. Creo que muchas todavía no lo visualizaron, no llegaron ahí, entonces están muy marcadas por ese rol y lo que se supone que tienen que ser: esposa, madre, estar en la casa, tener que cuidar muchos chicos (E13).

Sin embargo, se evidencian visiones aún más optimistas con respecto a los cambios epocales. Estas afirmaciones se consolidan en las entrevistas a profesionales mujeres de más de 50 años, quienes trazan una comparación entre sus formas de vida y las historias con la que se encuentran en su lugar de trabajo.

Yo pienso que viven la sexualidad muy libremente, con poca culpa, muy distinto a cómo lo podríamos vivir nosotras muchos años antes. Algunas tienen pocas herramientas en cuanto a cuidados pero se ve que escuchan que acá pueden venir y preguntar, entonces me parece que hay una preocupación (E2).

Si yo hago el ejercicio de comparar con mi adolescencia, te diría que este tiempo es bueno porque pueden encontrar espacios en donde puedan consultar, puedan evacuar dudas, con todas las dificultades que haya, pero las buscan y las encuentran. En mi época por ejemplo en relación a la sexualidad, era concretamente hablar debajo de la mesa, no había espacios adónde uno pudiera consultar. Son más desinhibidas que mi propia adolescencia (E12).

Esa apreciación positiva de la actualidad se pone en tensión cuando las entrevistadas son menores a 40 años.

No sé si yo veo tanta libertad y poder de decisión propio. Yo sigo viendo muchos tabúes, muchas restricciones. Si bien el sistema de salud es mucho más progresista en

la actualidad -uno tiene un montón de espacios y un montón de herramientas, y una cartilla de recursos y de anticonceptivos y de cosas-, no veo todavía que esto esté llegando tanto a la población. Es como si todavía tuviéramos el obstáculo de la accesibilidad. Pero no en cuanto a la herramienta y no porque no estamos en el barrio sino porque hay una construcción social de la sexualidad que es todavía bastante arcaica (E13).

Yo veo en esas chicas tan jóvenes esos mismos miedos, esas mismas formas de ver la vida, y de pensar la sexualidad de hace 20 años atrás. Entonces, para mí hay un desfase en lo que es la oferta de posibilidades, de cosas que hay en la actualidad, que son todavía para un cierto público. Para mí no llegó todavía a las clases sociales que atendemos nosotros (E13).

Resulta importante señalar la percepción diferencial que tienen lxs profesionales de la salud con respecto a los modos de placer y accesos que tienen lxs adolescentes según clase social. En principio, esta identificación responde a estos múltiples modos de ser adolescente, también de ser mujer, según las condiciones socio-estructurales. Pero, al mismo tiempo, denuncia las desigualdades sociales no solamente como una pluralidad en tanto diferencia, muchas veces romantizada, sino como la razón de Estado de generar procesos socioculturales de equidad y por lo tanto, la redistribución de la riqueza.

En el feminismo una de las categorías que brinda la posibilidad de pensar al sujeto atravesado por varias condiciones de vida es la interseccionalidad, un término analítico introducido por la feminista Kimberlé Williams Crenshaw (1989) y que luego es retomado por otras autoras en la literatura de los estudios de género. Dicho término refiere al estudio de las identidades sociales solapadas por respectivos sistemas de opresión, dominación o discriminación.

Es decir, la sexualidad es diferencial en tanto condición sexo-génerica, pero también étnica, racial, religiosa, de clase, etc. Teniendo en cuenta que esta Tesis hace referencia a procesos comunicacionales e identificatorios dentro del entramado de los servicios de salud pública, la condición socioeconómica tiene un peso sustancial.

En instancias previas de este análisis se señalaba que lxs médicxs asocian muy rápidamente la sexualidad con el cuidado en materia de salud sexual. Esto aparece vinculado en las entrevistas a la propia formación de lxs profesionales en salud cuya impronta está relacionada a la idea de disminución de riesgos, atención unidimensional de las demandas de lxs usuarixs del sistema y la necesidad de dar respuesta.

Es aquí en donde aparece la percepción sostenida de que lxs adolescentes no se “cuidan”, en alusión a la baja adhesión que esta población tiene con el preservativo y el uso de anticonceptivos.

Su sexualidad la vive plena porque no se fija, no tiene cuidados. Lo que vemos es que ellos inician sus relaciones sexuales a muy temprana edad, cosa que por ahí nosotros no lo veíamos, no porque seamos de otra clase social, sino porque antes estaba mal visto, incluso, ahora es mucho más común. Vemos mucha más promiscuidad, diferentes parejas sexuales y dentro de lo que es esa sexualidad, la búsqueda del embarazo (E4).

Por lo que uno ve acá, demasiado temprano. Por lo que yo veo. No se cuidan, generalmente (E5).

Yo creo que la vive sin tabúes y de muy temprana edad, con múltiples parejas, con promiscuidad, sin cuidados, sin métodos anticonceptivos no solo hormonales sino de barrera, así creo que la viven. De hecho, hay una reactivación de enfermedades de transmisión sexual que antes no se veían, por ejemplo sífilis (E4).

De esta manera, el cuidado aparece vinculado específicamente a los métodos anticonceptivos y el uso del preservativo. Esa reducción de la idea de cuidado deja por fuera otras nociones, como por ejemplo, el consentimiento en las relaciones sexuales, la práctica exploratoria del placer, la exposición que toma la vida privada, entre otros factores que podrían ser asociados a la idea de cuidado. Sin embargo, el cuidado en los servicios de salud sexual se relaciona prioritariamente con el uso de métodos.

Resulta importante remarcar la reiteración del término de promiscuidad, utilizado por dos de los profesionales entrevistados para definir riesgos en las prácticas sexuales. Promiscuidad es un término combinado que viene del latín *promiscuus* que refiere a la mezcla o el intercambio.

La definición de cuál es un comportamiento sexual promiscuo y cuál no, depende de la cultura y de la época. El término promiscuidad conlleva en este contexto una valoración negativa que objeta o descalifica el comportamiento sexual de otras personas. Dicha valoración puede ser relacionada con las ideas promovidas desde diferentes jerarquías religiosas que pregonan la castidad de sus fieles y las relaciones monogámicas, en donde el acto sexual queda anclado a la idea de reproducción social.

La promiscuidad es un concepto que tiene que ver con la frecuencia, con la estadística de los métodos y de las enfermedades de transmisión sexual. Nosotros nos basamos un poco en la epidemiología. El tema de la promiscuidad se habla en muchas materias, en infecciosas, en microbiología, en clínica. Son parámetros de sexualidad, género, respecto a la homosexualidad, la heterosexualidad, que tiene que ver con aumentar el riesgo porque según como sea la relación sexual va a ser más traumática o no, en términos de trauma físico (E10).

Donde marqués a una persona como promiscua tiene más posibilidades de tener una enfermedad de transmisión sexual y por lo tanto podemos pensar que hay que pedir un análisis de sangre en esa persona y no en otra (E10).

Digo que es discutible porque decir que una pareja estable de un año no puede tener una enfermedad digamos es una consideración muy relativa. Muchas veces te tenés que agarrar de una estructura muy rígida para no meter a un montón de gente en una situación que no es necesario (E10).

Sin embargo, en términos científicos, un artículo publicado por la revista The Lancet (2006) -referencia mundial en términos sanitarios- muestra que una revisión sistemática del 2006 que analiza datos provenientes de 59 países, no encontró ninguna asociación entre las tendencias regionales en el comportamiento sexual -como, por ejemplo, el número de parejas sexuales- y el estado de salud sexual de la persona. Dentro de las conclusiones, la investigación sostiene que factores socioeconómicos tales como la pobreza y la movilidad social son mucho más significativos para evaluar el estado de salud sexual de una población.

Es interesante pensar que este tipo de discusiones se da en un contexto histórico en donde mandatos como la monogamia se empiezan a poner en tensión y circulan nuevas categorías en torno al amor y a las relaciones sexo-afectivas. Esto conlleva a un desplazamiento, incluso, de los servicios de salud que se ofrecen; quizás de manera más notoria en lo que concierne a la identidad de género y las orientaciones sexuales.

Por otro lado, La Organización Mundial de la Salud asocia a la promiscuidad con el coito y las relaciones sexuales sin preservativo (2002, 2005), hecho que también aparece vinculado en las entrevistas a lxs profesionales de salud.

Por ahí viene una chica y te dice “creo que tuve relaciones el sábado pero no me acuerdo, estaba tan alcoholizada y creo que eran varios chicos” (E7).

Lo que nosotros vemos acá es que no se cuidan. Pueden tomar anticonceptivos pero no tienen ningún tipo de cuidado. Estamos viendo muchísima sífilis, muchísimo HPV, condilomas, herpes. Más allá del embarazo, eso es un problema. Tienen su método anticonceptivo pero no logramos incorporar el preservativo (E8).

La baja adherencia al preservativo es una realidad social en el mundo que preocupa a lxs profesionales de la salud. La Encuesta Nacional de Salud Sexual en Argentina (2013) arrojó que solo el 29% de la población relevada -mujeres de entre 14 y 49 años- utiliza condón como método principal, siendo contrarrestado con los anticonceptivos hormonales que alcanzan un 51%.

Lo interesante aquí es que dicha práctica, que es catalogada como riesgosa, sea asociada exclusivamente a la población adolescente. Esta afirmación pareciera tejer un contraste con el mundo adulto, dando lugar a la distinción entre mundo racional/ mundo irracional -lxs adolescentes conformarían la segunda parte del binomio-.

La idea de “población de riesgo” está justificada en el ámbito de la salud por datos epidemiológicos de prevalencia e incidencia, sin embargo, esos indicadores se

construyen a partir de números que poco hablan de las causas, sino más bien del hecho en sí. El no uso de preservativo no se da en una población específica, sino de manera global, siendo otros los factores que pueden interferir en el aumento de las ITS en esta población.

En este sentido, se puede recuperar la perspectiva de otrxs profesionales entrevistadxs, que tensionan estas ideas hegemónicas:

¿Si es difícil para les adolescentes? No sé. Capaz es más difícil para la mujer de más de 30, que están más pensando si tengo una relación única, estoy tranquila, no necesito, eso es para los pendejos. Yo creo que las adolescentes son más de usarlo, los pibes también, ahí hay una banda que quiere jugar como juega con el alcohol, y con las drogas, me parece a mí y busca el límite, pero no es la mayoría (E2).

Otro dato relevante es que en el imaginario común acerca del cuidado subyace la ida de heteronorma. Cuando lxs médicxs hablan de cuidado en materia de salud sexual se refieren al embarazo y al preservativo específicamente masculino. No hacen referencia al campo de látex, ni hablan ni distribuyen el preservativo femenino. La perspectiva de diversidad y disidencias sexo-genéricas, como se analizará en un apartado posterior, aparece con baja frecuencia en el testimonio de lxs entrevistadxs.

También, resulta interesante que muchas de las precariedades en materia de salud sexual estén asociadas a las dificultades en la aplicación de la Ley de Educación Sexual Integral (26.150) en las escuelas.

Pese a que la Ley de Educación Sexual Integral está desde el 2012 y es como que no hubiera ley. Los chicos están bastante desinformados. Ahora la televisión, ahora los chicos con internet... Yo creo que si uno compara hace 20 años, seguro que sí, estamos mejor, pero falta un montón, porque todavía no podemos hacer cumplir la Ley de ESI que está para nivel inicial, primario, secundario, terciario y docentes, en el público y en el privado, de todo el país (E9).

Esto se relaciona con la noción que lxs profesionales tienen acerca de que lxs adolescentes están desinformados. En las siguiente citas, se puede valorar que la información en materia de salud sexual está relacionada con la posibilidad establecer formas de cuidado, tanto a nivel afectivo-emocional -en el sentido de que las relaciones se den de manera consentidas y en el marco del placer- como en lo que se refiere estrictamente a la prevención de ITS y embarazos no deseados.

Tiene que ver con la información también porque hay mujeres que no perciben eso, y tiene que ver con la percepción del cuerpo y darle la importancia de saber que tiene derechos y hasta donde llegan los derechos de la mujer (E10).

La desinformación y el miedo van siempre de la mano. En la consulta vos podés escuchar que hay más desinformación y por lo tanto más barreras a la accesibilidad en

cuanto a los métodos anticonceptivos, a la información, más carencia en la educación sexual (E10).

La accesibilidad, como ya se señaló en el Estado del Arte y en el Marco Teórico de esta Tesis doctoral responde a cuestiones socio-estructurales, como la cercanía a los centros de salud, la gratuidad de las intervenciones profesionales, los horarios de atención, la no saturación de los efectores; pero también se relaciona a parámetros culturales que se extienden desde la valoración subjetiva y social acerca de los que es un buen estado de salud y la percepción de la enfermedad, hasta los modos en que se concibe la sexualidad, las prácticas y la información que se brinda a lxs usuarios.

Después cuando llega la adolescencia es importante que los chicos estén informados sobre todo: qué es lo que les va a pasar sobre el cuerpo, qué es la sexualidad, las relaciones sexuales. La sexualidad tendría que haberse hablado mucho antes, qué es el aprendizaje positivo, no sólo el negativo que es cuidate porque vienen las enfermedades y el embarazo no deseado (E11).

¿Qué podrán saber? Nada. Ni siquiera aprendieron con su propio cuerpo porque no les dejaron. Entonces no saben nada y dicen lo que piensan, que está cargado de prejuicios, de miedo, de culpa, de dolor. No es que depende de la persona. Eso que se enseña de un chico a otro. Van buscando alternativas, ver películas pornográficas, tener sexo con una prostituta, y eso hace que la sexualidad que se aprenda no tenga nada que ver con la sexualidad. Una película pornográfica es todo lo contrario a la sexualidad, eso es la forma en la que se comercializa la sexualidad, es otra cosa (E11).

Resulta muy interesante que en varias entrevistas aparezca esta complejización cultural acerca de la sexualidad y del acceso a derechos. Particularmente un profesional, referente en materia de derechos sexuales, es quien hace este análisis detallado sobre el sistema pedagógico de la sexualidad y las múltiples variables que intervienen en él. En este sentido, se puede comprender que la dimensión socio-cultural de la salud aparece presente en el cotidiano de lxs trabajadores pero la problematización o la profundización de estas dimensiones dependen pura y exclusivamente de la voluntad y el recorrido individual de cada unx de lxs médicos.

Dentro de estas dimensiones culturales, aparecen nombrados el machismo y el patriarcado; un reconocimiento indispensable para abordar la accesibilidad de derechos en salud sexual en clave de género.

Las enfermedades de transmisión sexual tienen alta incidencia hoy en día. Eso quiere decir que no hay cuidado, que se desconocen los métodos, y tiene mucho que ver con el respeto dentro de la pareja. Tiene que ver con el machismo, con el patriarcado también, donde hay una imposición, donde la mujer tiene que ceder a un montón de cosas que le impone el hombre (E10).

Así, las mujeres quedan relegadas a un espacio de no-poder en la toma de decisiones de las relaciones sexuales. Entonces, la aplicación de los métodos de cuidado no

depende exclusivamente de la información, sino que se relaciona con cuestiones culturales más complejas.

Por otra parte, los varones también se ven afectados por mandatos culturales siendo reconocidos por lxs médicxs como los sujetos que menos saben acerca de la sexualidad y la salud sexual, ya sea por el consumo de modelos hegemónicos de placer como por la propia dificultad de acceder a los saberes que se supone “ya deberían conocer”.

La educación en los varones está brava en eso, el hombre no se encarga de eso, o que no se quiere colocar un preservativo porque es más varón o porque no lo siente. Es un mito eso del no sentir (E9).

Yo no noto mucha diferencia en cómo viven la sexualidad mujeres y varones adolescentes, porque además al varón se le da que tiene que tener saber y no lo tiene, porque nadie se los da tampoco. Yo creo que las chicas, sobre todo las que consultan con el ginecólogo, pueden saber muchas más cosas que los varones, porque estos... Salvo lo que les dijo el hermano mayor, el padre y los compañeros, pero mucho como chiste (E7).

Si bien, la pregunta rectora de esta Tesis doctoral no atiende específicamente a las masculinidades, se puede distinguir que existen una serie de estudios que problematizan específicamente este tema. Aquí, lo que se acentúa es la priorización del vínculo que propone el sistema de salud con las mujeres, específicamente en salud sexual y bajo la idea de “control médico”. De cierta manera, se reconoce la necesidad de un reporte constante de las mujeres al sistema para poder ser contenidas en su particularidad, la cual es presentada al mismo tiempo como una debilidad.

En contra relato, los hombres cis parecieran poner en tensión su propia virilidad si recurren frecuentemente al sistema de salud o si presentan una enfermedad. El imaginario de la masculinidad hegemónica también responde a la figura del hombre como sujeto fuerte sobre el resto de los grupos poblacionales.

Esto se puede ver en los siguientes fragmentos de las entrevistas:

En cuanto a la población adolescente, no es una población que de por sí demande mucha consulta. Lo que más se ve es que mujeres adolescentes se acercan buscando métodos anticonceptivos (E2).

A los varones es mucho más difícil encontrarlos en los controles de salud, porque o bien dejan de venir, y entonces viene la madre para que le firmes el certificado, no quieren hacerse revisar y menos por médicas mujeres. Es una población que a mí en particular me ha costado mucho atender en el consultorio (E2).

Anteriormente, se hizo referencia a las múltiples dimensiones de la accesibilidad. En estas citas se puede distinguir específicamente la accesibilidad desigual según las condiciones sexo-genéricas. Así, los dispositivos de control del Estado también se distribuyen de manera desigual en hombres, mujeres y disidencias.

Por último, resulta relevante destacar que en una de las entrevistas realizadas surge la idea de grupo de pares como espacio de cuidado mutuo.

Acá son bastante cuidadosos porque la comunidad LGTBQ tienen un montón de grupos y se manejan, se preguntan. Hay cosas que también son mitos como todos, son esas representaciones sociales que vos decís, de dónde la sacaron y están y a veces obstaculizan y a veces no (E9).

En este sentido, es revelador que los espacios de activismo y lucha resulten un “factor protector” al momento de evaluar las exposiciones a riesgo en materia de salud sexual. Si bien en algunas entrevistas se asocian los cambios en materia de salud sexual con el movimiento de mujeres, no hay una mención explícita a la Marea Verde, al Ni Una Menos o la Revolución de Las Hijas.

Sólo en el ámbito de los consultorios diferenciados para disidencias sexo-genéricas, hay una percepción de que la comunidad LGTTBIQ+ ha sufrido significativamente la vulneración de sus derechos, por lo que las personas dentro de este colectivo han tenido que aprender a desafiar los diferentes sistemas -salud, educación, encierro, etc.- para poder acceder a ellos.

Esa historia colectiva de lucha es reconocida como trasfondo que previene o atenúa la circulación de mitos y estigmas, así como la posibilidad de cuestionar mandatos sociales y abrir la sexualidad a otras formas de placer. Esto no significa que sean una población libre de mitos o violencias, sino que el entramado colectivo se presenta para lxs profesionales de la salud como un contexto positivo. De todas formas, cabe destacar, que la noción de diversidad y disidencias apareció puntualmente en una de las entrevistadas y que en la mayoría de las entrevistas ni siquiera fue abordada.

### **V.2.3 Embarazo**

La maternidad es uno de los temas centrales de estudio, debate y tensión acerca de las mujeres, su posibilidad de autonomía, sus luchas, la discusión con la biomedicina, el cuerpo, el deseo, la pobreza y el acceso a sus derechos en materia de salud.

La desigualdad por condición de sexo-género es una constante en la vida de las personas con capacidad de gestar, que aún no tienen garantizados todos sus derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos. En este sentido, resulta clave atender la siguiente reflexión que solo presentó una profesional entrevistada:

El temor al embarazo es terrible y eso impide toda la parte del deseo y el buen disfrute (E9).

Esto se condice con la exposición que realizó la investigadora Dora Barrancos en el Congreso de la Nación durante el debate parlamentario sobre la Ley de Interrupción Legal del Embarazo en 2018. En dicho contexto, la historiadora defendió el disfrute

sexual como derecho de las mujeres y señaló: “Me encuentro entre quienes defienden el aborto legal para afirmar el derecho al disfrute sexual separándolo, absolutamente, de la reproducción y sostengo la prerrogativa del aborto para igualar las condiciones del ejercicio de la sexualidad diferencial entre varones y mujeres”.

Barrancos se refirió en aquel discurso a la posibilidad que tienen las mujeres y otras personas con capacidad de gestar de quedar embarazadas, por lo que sin la legalización del aborto es el miedo el que antecede al disfrute sexual pleno.

Las adolescentes cobran principal relevancia cuando se habla de embarazo porque se considera que todavía no han desarrollado cualidades -propias de los adultos- para enfrentar los riesgos potenciales que pudiera conllevar, no ya el embarazo sino la propia maternidad. En este sentido, se puede preguntar “¿Cuáles serían esos riesgos diferenciales? ¿Son iguales para todos los jóvenes por el mero hecho de no haber alcanzado el estatus legal de la mayoría de edad? ¿Se diferencian en algo de los que podrían enfrentar si postergasen cinco años la maternidad? ¿Tiene la maternidad o paternidad efectos exclusivamente negativos?” (Gogna, 2005: 35).

En salud, el embarazo adolescente es en principio definido como un problema:

Es en ginecología uno de los primeros que lo mira porque las pibas se embarazaban, y la problemática de la adolescente embarazada pone foco en ginecología (E3).

Por ahí las menores son adolescentes y si es el primer embarazo, a veces no tienen la verdadera concepción de lo que es el embarazo (E9).

Pero cuando viene un adolescente, y uno le da, generalmente yo le doy los consejos, o la consejería sexual a los 13 años; Una vez en el Hospital Italiano de capital me dijeron que era muy rápido, nosotros tenemos chicas embarazadas de 12 (E5).

Retomando las citas del inicio de este Capítulo se puede reconocer una primera causa de este problema del embarazo en las adolescentes relacionado con la iniciación sexual. Este es sin dudas un valor moral. Lo temprano, lo adecuado, lo prudente son términos que deben ser interpretados en base al orden discursivo anclado en el imaginario colectivo. Esto sucede porque son al mismo tiempo características que para ser comprendidas deben relacionarse necesariamente con un “deber ser”, es decir, con una norma: un ideal de mujer adolescente.

Sin embargo, la Encuesta Nacional de Salud Sexual (2013), muestra que la media de edad -en años- de la primera relación sexual de las mujeres es de 17.3, que, a su vez, es similar al resto de las mediciones realizadas en la región sudamericana y en algunos países de Europa. Es decir, que no es una media que indique nada fuera de serie.

Este problema es a su vez asociado con los sectores populares:

Pero no logramos que en lugar de tener 5 chicos a los 20 años, tengan por ahí 2 chicos en un período de tiempo más espaciado. Eso tampoco lo estamos logrando. No sé a qué se debe, puede ser educación, para mí lo principal es la carga social. La clase social. Enfermedades de transmisión sexual no, se ve en todos los niveles, yo la veo en el consultorio privado también. El no uso del preservativo es algo general. Pero el embarazo sí, se ve más en esta clase social (E8).

Entonces, ya en una reflexión más profunda, lxs profesionales de salud se preguntan por qué se da el embarazo adolescente.

La mayoría de los embarazos son buscados. Más allá de la desinformación y los métodos anticonceptivos, por más que se los ofrezcamos, buscan el embarazo. Yo creo que es como su meta a alcanzar, para mí no tienen otra visión de cómo va a ser su vida más adelante. Creo que no tienen el ejemplo de sus padres y muchas veces se repite lo sucedido en otras generaciones, esto de tener un hijo. No hay un proyecto (E4).

A veces sentimos que el paciente tiene que hacer lo que para nosotros está bien y ellos tienen otro imaginario. Para nosotros está bien que estudiemos, tengamos una carrera, nos casemos o no, no importa, y después tengamos nuestros hijos. Uno piensa que es así y para ellos no es así. Entonces nosotros por ahí decimos no te embaraces ahora, estudiá, hace algo, un oficio aunque sea. Para nosotros no está bien que tengan un hijo a esa edad pero para ellos sí. Entonces, ¿cómo les cambiamos ese imaginario social a ellos? Algo re difícil (E4).

Por ahí son proyectos de vida, que uno no puede cambiarlos. Ese es el tema me parece. Está bien, son proyectos de ellos y uno no los va a entender probablemente (E5).

Me acordaba hoy de una nena que yo le di todos los consejos, 12 años, y ella prefirió las pastillas. Digo bueno yo te hago las recetas, te hago todo. La acompañé a hacer la cola en farmacia para que le dieran las pastillas. Esa chica vino a los dos meses embarazada. Probablemente yo ahí no entendí que era el proyecto de ella. Ella quería quedar embarazada. Y hay muchas de esas chicas (E5).

Entonces, se puede reconocer una asociación del embarazo adolescente con la concreción de un proyecto de vida. Ese proyecto de vida no presenta un correlato con los deseos que proyectan lxs profesionales de la salud sobre sus pacientes. Allí, se problematiza cuál de los deseos debe primar: el de lx médicx o de lx usuaria; o cómo hacer para entender las decisiones que lxs otrxs toman.

Ese proyecto de vida aparece a su vez vinculado con la falta de información y el “bajo” nivel educativo. Sin embargo, esa relación del embarazo adolescente con la escolaridad y los ingresos económicos es muchas veces interpretada como una relación de consecuencia más que de causalidad.

Embarazo adolescente, eso limita la posibilidad de seguir estudiando, entonces está mucho más marcada la cuestión del bajo nivel cultural, porque más de una vez el embarazo impide que sigan el colegio (E1).

No me parece justo que una chica de 12 años tenga un bebé y tenga que dejar la escuela. Como no hay medios económicos para sostenerla, puede seguir la escuela, pero generalmente la abandonan. Ahí sí intervengo, trato de que se cuiden, es una de las cosas que te decía por ahí uno no llega a entender que es su proyecto de vida y que ellas quieren eso (E5).

Sin embargo, estas afirmaciones de que las adolescentes abandonan la escuela por quedar embarazadas son puestas en tensión cuando se comprende que los embarazos adolescentes aumentan exponencialmente en la población no escolarizada. En el libro "Embarazo y maternidad en la adolescencia Mónica Gogna (2005: 109) señala: "En concordancia con la literatura, nuestros resultados muestran que la escolaridad tiene una papel crucial en la ocurrencia de la maternidad durante la adolescencia. Por un lado, la probabilidad de ser madre entre las analfabetas es más del doble que entre las que no lo son. Por otro lado, el acceso al nivel secundario, y más aún completarlo, disminuye significativamente la probabilidad de tener hijos en la adolescencia".

Esto implica comprender a la escolaridad de las adolescentes como un factor protector de la maternidad. Entonces, cabe reflexionar ¿cuántas de esas adolescentes embarazadas tenían previamente una proyección subjetiva paralela a la maternidad? "Los adolescentes tienen hijos por las mismas 'razones' que los adultos, y en particular que los adultos del sector social al que pertenecen: para realizar un deseo, cumplir con las expectativas sociales, o, 'sellar una unión'" (Gogna, 2005: 56).

Hay diversas formas de vivir un embarazo tanto en la mujer adulta como en la mujer adolescente. La maternidad o la no maternidad pueden ser experimentadas de formas muy diversas, lo que se debe resguardar es el deseo de esa mujer de ser madre o no serlo.

Asimismo, resulta sustancial el consentimiento o no de las relaciones sexuales que tienen por efecto un embarazo, porque existe una relación clave entre el embarazo adolescente en menores de 15 años y el abuso sexual intrafamiliar.

Yo participé en la ruta crítica de acceso a las adolescentes menores de 15. Nosotros lo tomamos en forma específica, porque es una problemática diferente. Las menores de 15 están relacionadas un 80% en abuso, sino es más y a una patología altísima y riesgo de vida que es totalmente diferente a las mujeres más grandes (E3).

La reconocida psicóloga e investigadora feminista Ana María Fernández (1994), en una publicación preparada para UNICEF, atendió particularmente la detección en hospitales de relaciones de abuso a partir de la presentación de un embarazo no deseado. Allí señala que "a diferencia de la violación, el ataque incestuoso se da

generalmente en un contexto de seducción, más que de ataque físico. Observan que solamente aparece el maltrato cuando la hija intenta interrumpir la relación rebelándose al poder del padre (casos que recurren a salas de primeros auxilios o guardias de Hospitales)” (:22).

La autora especifica que el primer contacto sexual se inicia alrededor de los 6 a los 9 años con el padre -padre, padrastro, tutor, tío, abuelo- y finaliza generalmente entre los 14-16 años con amenaza de denuncia o huida de la hija. Este tipo de abusos suelen darse en un contexto de silencio familiar y de hasta amenaza de muerte para la víctima, lo cual hace que la posibilidad de salida de esa violencia incestuosa revista una complejidad mayor.

Por eso, es importante señalar que los efectores de salud tienen en estos casos una responsabilidad enorme, ya que el acceso al cuerpo, las marcas y la confidencialidad de la consulta, hacen de ese ámbito una oportunidad única para detectar este tipo de casos. Como señala la psicóloga feminista Eva Giberti (2005), se trata de poder revelar lo no-dicho y, a partir de la visibilización, responsabilizar a los sujetos que desde un lugar de privilegio cometen delitos sexuales sin obtener consecuencias por sus actos.

En Argentina se registran anualmente 3000 embarazos de menores de 15 años, en su mayoría, son producto de una relación de abuso o de una violación. Bajó la coordinación de la investigadora Susana Chiarotti, en 2016 se publicó el Balance Regional *Niñas Madres: Embarazo y maternidad infantil forzada en América Latina y el Caribe*, donde se define al embarazo infantil forzado como todo aquel acontecido en niñas de 9 a 14 años, entendiéndose que “una niña menor de 14 años queda embarazada sin haberlo buscado o deseado y se le niega, dificulta, demora u obstaculiza la interrupción del embarazo” (:17).

#### **V.2.4 Toma de decisiones**

Salud sexual, adolescencia y toma de decisiones representan una articulación compleja para lxs profesionales de la salud. ¿Cuánto intervienen en las decisiones de sus pacientes? ¿En qué cuestiones deben intervenir y en cuáles no? ¿Están haciendo bien su trabajo? Son algunas de las preguntas relacionadas a este eje analítico que se basa en las entrevistas realizadas.

La adolescente toma más en general la decisión cuando vos la informas, que la mujer más adulta, esta tiende más a confiar en que vos debes saber qué hay que hacer. Si a la adolescente le ofrecés alternativas es más capaz de elegir, pero también lo que tiene es que pese a las variables que le ofrecés puede elegir una que no le das porque a ella le parece. Por ejemplo: una paciente tuvo un aborto o un parto, entonces le decís ¿Qué método anticonceptivo vas a usar? Ninguno. O sea ¿Vos querés tener otro bebito enseguida? No. ¿Y cómo te vas a cuidar? No sé, después voy a ver. ¿Y por qué no tomamos hoy la decisión? Porque mi cuerpo es mío y yo hago lo que quiero con mi

cuerpo. Esas respuestas solo las he escuchado de las adolescentes. Vos tratás de dar opciones y el otro te responde con un capricho, entonces no encontrás ningún rinconcito para que decida (E1).

Allí, aparece la idea de que las decisiones que toman las adolescentes son caprichosas y no responden a su propio bien. Sin embargo, existe una clave de autonomía que se presenta como límite de la intervención del poder médico sobre sus subjetividades.

Ahora trato de aclararlo de entrada para no entrar yo en la doble moral, cuando viene alguien que me consulta por un embarazo no deseado, le dejo recontra en claro que la decisión es de ella, que yo la escucho, que no hay ningún problema, que a mí no me tiene que convencer de una cosa ni de la otra. Eso lo explicito para que le quede re claro y en cuanto a los métodos que hay, intento presentarlos de tal manera que puedan elegirlo (E2).

Intervengo dando información para que puedan tomar una decisión porque decidir sin información no es una decisión adecuada, tenés que tener información. También intervengo en decirles cuál es la importancia de la información que tienen, que reciben de mí y que reciben en general para tomar decisiones; no cuál sería la decisión adecuada porque eso no lo puede saber nunca nadie, eso es algo que tiene que tomar el otro (E11).

Se puede destacar que la decisión aparece vinculada a la información con la que cuenta la persona para poder ejercer esa autonomía. No es lo mismo decidir a partir de una información caprichosamente sesgada a poder reconocer un panorama más amplio que expanda el campo de acciones.

Todo el mundo está preparado para tomar una decisión pero esto tiene que ser realizado en dos sentidos: uno dar información sin sesgos y sin coerción, que es difícil, hay que estar un poco entrenado. Podés tener la voluntad de no sesgar la información y sesgarla, podés tener la voluntad de no ser coercitivo y serlo (E11).

Ahora bien, como muestra la última cita, la información está íntimamente relacionada con el acceso a ciertos saberes y la legitimidad de la fuente que brinda esa información. Acceso y legitimidad son dos cuestiones de poder. El acceso como ya se especificó anteriormente está relacionado por un lado a variables socio-estructurales, como puede ser el hecho de realizar estudios secundarios, y por el otro, está relacionado con bienes simbólicos y culturales. En este sentido, lxs adolescentes son una población que viene de la negación de información en tanto niñxs, y que aún no es reconocida como plena -atributo adjudicado a la población adulta- para tener acceso no mediado.

Con respecto a la legitimidad, se puede distinguir que el conocimiento médico es un conocimiento de elite y genera un status de superioridad con lx paciente. Las palabras puestas en boca de médicxs tienen un depósito de creencia mayor en tanto voz autorizada.

Aquí se observan algunas apreciaciones acerca del poder del saber médico en cuanto a su incidencia y a sus limitaciones.

Uno trata de inducirlos a llevarlos a que tomen una decisión, no siempre sale como uno quiere (E4).

Tratamos de priorizar el cuidado de ella, que no se embaracen si no quieren principalmente porque después cargan con sus hijos y es todo más difícil, es más difícil salir, más difícil todo con un hijo que sin. Y el tema del preservativo pero tampoco tenemos tanto control de ese tema, explicamos 80 veces como se toman las pastillas, buscamos el mejor método. Hacemos lo que podemos con eso (E8).

Entonces uno trata que ellos tomen esa decisión, de que entiendan el por qué pero no sé si puedo interferir en la toma de decisión en el 100 %, creo que algo les queda resonando, uno trata de ayudarlos (E4).

En estas intervenciones se puede observar que lxs médicxs reconocen el límite que tienen en sus intervenciones. Intentan intervenir de acuerdo a sus propios saberes y valores en tanto un ideal de adolescente. En este sentido, se fusionan los deberes profesionales y una noción de tutelaje en carácter de protección como también “deber” del mundo adulto.

Sin embargo, lxs profesionales sienten una carga de frustración por no poder “convencer” a sus pacientes de que esa información que les brindan son herramientas muy valiosas que les permiten analizar con detenimiento las decisiones que tomen. ¿A qué se debe el rechazo a adoptar conductas beneficiosas con la información ya brindada? En esa mediación, entre la información y la conducta, aparecen grandes dimensiones como la cultura, el poder, la auto y hetero-valoración.

Me parece que no les importa nada lo que les digamos los adultos, ellas quieren decidir lo que quieren; pero cuando ven que no tienen herramientas, las empiezan a buscar, entonces buscan entre amigas, tías, tratan de buscar ayuda (E2).

Este planteo se basa en que las adolescentes no hacen lo que lx profesional les dice. ¿Por qué la paciente prioriza el consejo de una amiga o una tía? Si bien es una pregunta que reviste una complejidad tal que no permite una única respuesta, se puede rescatar que en este tipo de consultas médicas se pone en juego la sexualidad. ¿Por qué las adolescentes le contarían a alguien que no conocen acerca de algo que se valora socialmente como una intimidad? Entonces, se prioriza la recurrencia hacia la persona de confianza: mi tía, mi amiga.

Al mismo tiempo, estas personas de consulta, inclusive lx profesional médicx, son reconocidas como Sujeto Supuesto Saber. Dicho término proviene de la teoría lacaniana en la cual se reconoce que dicho sujeto puede responder a mi demanda: a veces es lx médicx, a veces es un par. Esto significa que el saber no está puesto en el sujeto sino en la función que dicho sujeto cumple en la relación intersubjetiva. En este

sentido, quien recurre a otra persona por esa demanda no analiza el conocimiento efectivo que reviste esa persona, sino que presume en tanto supuesto esa relación entre el sujeto y el saber (Evans, 2010).

Por otra parte, en algunas entrevistas aparece el deseo de no intervención en las decisiones de lxs usuarixs del sistema de salud. Por lo general, este tipo de apreciaciones estuvieron vinculadas a lxs profesionales que garantizan ILE en sus servicios.

Yo lo que trato es de no intervenir, yo trato de aportar un espacio de reflexión, no de tomar las decisiones. Una de las cosas que tuve que dejar atrás de mi formación es esto de la toma de decisiones, yo estoy para que puedan pensar libremente y para que puedan adquirir información y decidir por sí mismas. En otro momento de mi carrera: "Usted tiene que...". Estaba formada para que yo con mi saber... Hoy esa perspectiva de derecho te da vuelta (E3).

Yo trato de no intervenir en la toma de decisiones, es de ellas. Por ahí vienen a preguntar qué método anticonceptivo les conviene. Si tienen una patología, les tengo que dar una medicación, no les doy a elegir por supuesto, pero con respecto a esas cosas sí, ellos tienen que elegir. Yo te puedo decir cuáles no podés usar porque no convienen por algo en vos y el resto tenés que elegir vos. Ninguno es totalmente bueno ni totalmente malo, yo les explico todos. Además así es más fácil que después la mantenga (E7).

El objetivo de la consejería es disminuir el riesgo y el daño, puntualmente si la mujer está interesada en interrumpir, que haya tomado la decisión. Hay mujeres que vienen a la consejería sin la decisión y es un punto importante, porque si no tiene la decisión tomada, nosotros lo único que hacemos es brindar información (E10).

La consigna es no tomar la decisión nosotros ni hacer que tomen la decisión que nosotros queramos. Nosotros no tenemos ninguna decisión. Lo que pasa es que al brindar información sobre cuáles son los riesgos, cuál es la efectividad de un método abortivo de interrupción, ya estamos interviniendo indirectamente en la decisión pero nosotros intentamos no meternos directamente en la decisión. La mujer va a tomar una u otra la decisión, vamos a acompañarla hasta que tome la decisión, vamos a buscar una forma para que esa mujer tome su mejor decisión y vamos a tratar de despojarla de cualquier otra persona que pueda tomar la decisión por ella. Que quede claro, yo creo que nosotros tratamos de ser lo más objetivos posibles, es muy difícil esto, uno pone la subjetividad pero intentamos por todos los medios que la mujer tome la decisión cuando crea necesario (E 10).

Se distingue la valoración positiva que aparece en estas citas acerca de la toma de decisiones personales. El intento de lxs profesionales se relaciona con mediar sus propias consideraciones e intentar que la otra persona decida por sí misma. Esta intencionalidad está también mediada por la articulación del par información-decisión, en el cual resulta imposible eliminar el sesgo informativo, en tanto esa información

siempre depende de una interpretación y se encuentra priorizada por lxs profesionalxs que intervienen.

El reconocimiento de ese poder forma parte de la pregunta por la otredad, sus derechos y el ejercicio de la autonomía. Así, entender a la salud como un derecho humano y social implica necesariamente la promoción del ejercicio de la autonomía así como también la distribución equitativa de recursos para dicho acceso.

Por otra parte, se reconoce que cuando la decisión es tomada por la persona se presenta con mayor estabilidad. Es decir, que cuando la decisión es impuesta se torna difícil de sostener en el tiempo. Aparece, entonces, la reflexión acerca de la voluntad.

Para ello, resulta pertinente introducir la categoría presentada por Friedrich Nietzsche (2018) como “voluntad de poder”, que Martín Heidegger, en sus cursos dictados sobre el filósofo en 1930, se encarga de aclarar que no se compone de la sumatoria de categorías como voluntad y poder, sino que encarna un nuevo concepto. Este concepto implica la necesidad del sujeto de sentirse “dueño de su vida”, no sólo por la pulsión de vivir sino por el afán de expandirse e imponer su voluntad.

Teniendo en cuenta esta noción se puede comprender que aquellas decisiones que el sujeto tome en el marco de su voluntad de poder serán priorizadas para generar una conducta reiterada, incluso a gran escala, como es el imaginario al eterno retorno, es decir, a vivir eso mismo muchas veces. Esto se da porque la voluntad de poder genera en el sujeto satisfacción.

En menor medida, se registran intervenciones en las cuales lxs profesionales de la salud reconocen la seguridad con la que lxs adolescentes imponen su demanda.

Una vez una nena de 13 años que me vino a pedir un DIU y yo le decía “vos lo que te querés poner es un implante, un chip” No, yo me quiero poner un DIU. Pero mira que el DIU, es un aparatito que va colocado dentro del útero, que dura 10 años, ¿Vos estas segura que no querés ponerte un implante? No, yo me quiero poner un DIU. Se le explicó que la cuestión del DIU, molestaba un poquito más porque tenía el cuello muy cerrado, que lo podía sacar cuando ella quisiera. Se lo puse lo más bien y se fue contenta. Ella tenía muy claro lo que quería tener, por más de tener 13 años (E1).

Aunque de manera minoritaria, también aparecen relatos que señalan que algunas mujeres delegan la decisión a lxs profesionales. Normalmente estas situaciones aparecen relacionadas con la interrupción de un embarazo.

Me han puesto: “que hago, sigo o no sigo” uno lo que hace es decirle para mí las dos cosas son posibles. Uno tiene que tratar de tener la habilidad de no bajar línea sobre eso, de no dar la opinión propia, que es lo que haría uno, porque en este caso no. En otro caso, que se yo, una neumonía, en otra situación de salud uno muchas veces se pone yo haría esto, tratá de hacer esto. Ahí sí vamos tomando partido, pero en este caso no porque es una decisión muy personal porque cualquiera de las dos situaciones

pueden ser posibles. Salvo que haya una enfermedad concreta que contraindique el embarazo, ahí sí, podés decir bueno mirá es probable que este embarazo ponga en riesgo tu salud en el 90%, 100%, vos decidís si querés tomar ese riesgo o no. Hasta en ese punto, uno trata de no ser subjetivo. De última, si la mujer quiere dar la vida por un embarazo, yo no soy quien para... (E10).

Yo lo cuento porque fue muy paradigmático, una nena de 14 años que en relaciones con su parejita queda embarazada y viene al hospital para solicitar una interrupción. Bueno entraba dentro de los causales, salud psíquica, se le da el turno, era un primer trimestre. González Catán es tipo un pueblo, entonces todo el mundo se conoce y me llama una persona que trabaja en el hospital, y me dice: ¡Mira lo que me mandaron! Ustedes le van a hacer un aborto, pero esta chica no quiere que le hagan un aborto. Entonces me muestra el mensajito de WhatsApp a sus conocidas, ¡Por favor ayúdenme me van a sacar a mi bebe, pero yo quiero tener a mi bebe por favor! ¡Que alguien me ayude! Mañana voy a ir al hospital. En definitiva, era un pedido de ayuda. Bueno entonces citamos a todo el equipo de consejería, donde interviene una psicóloga, dos trabajadoras sociales y además la médica de la salita que la había derivado y se sientan a hablar con ella y le plantean esto. Esto no es una obligación, no se ha hecho nada. Bueno, era toda una fantasía de ella para jugarla desde otro lugar, no desde la decisión que ella había tomado de no continuar con el embarazo, sino jugar la cuestión de yo soy una víctima a la que obligan a hacer tal cosa, pero yo no quiero. Tardan como una hora y media hablando con esta chica, donde al final lo que ella dice es: “yo quiero interrumpir el embarazo”. De este caso siempre me acuerdo porque movilizó a todo el equipo; uno se plantea, ¡Pucha! ¿Estaremos haciendo bien?, ¿La estarán obligando, y no nos dimos cuenta? Si bien en las entrevistas con las adolescentes, Servicio Social siempre buscó un espacio de intimidad dónde sólo está la trabajadora social y la paciente (E1).

Ambas intervenciones refieren a la necesidad de las mujeres que consultan a esos servicios por una ILE de no cargar con el peso de la decisión. Es decir, poner en lxx otrx la responsabilidad de algo que socialmente está estigmatizado y que pese a la legislación vigente, hasta que el aborto no se legalice plenamente en Argentina, se encuentra asociado a la idea de delito. Entonces, lo que no quieren, en verdad, es cargar con la culpa social que se le hez adjudicada a ese acto.

Sin embargo, existen otras asociaciones que realizan lxx médicxs con respecto a la no toma de decisiones de sus pacientes.

Actualmente la cuestión de tomar decisiones por lo que dice el otro y consultar un montón de médicos. Y como la medicina no es una ciencia exacta donde uno más uno es dos, el paciente se encuentra con un montón de opiniones de médicos en dónde no tiene suficientes elementos para decidir qué es lo mejor. Va a elegir el médico que más le gustó o lo que él en definitiva quería hacer y no se animaba a decidir (E1).

No lo sé, por ahí se sienten inseguros de equivocarse en la decisión que toman entonces es más válido que lo decida el médico porque él tiene el saber (E1).

Muchas veces la gente cree que tiene que hacer lo que dice el médico y eso no es tomar una decisión, por eso hay que romper con eso, hay que tratar de hacerlo. Las cosas que hago es hacerles entender que la decisión la tiene que tomar y a la paciente no le gusta que le digas eso. No es que no le gusta tomar la decisión, les encanta tomar la decisión como a todo el mundo, no le gusta que le cambies las cosas porque ya las tenía aprendidas de una manera. Después de que tomaron la decisión se ve lo importante que fue tomar la decisión propia (E11).

A partir de estas citas se puede indagar respecto a la cultura de la salud: qué conductas se esperan de lxs usuarixs del sistema de salud -relacionadas con este malestar porque lxs pacientes no hacen lo que lxs profesionales le indican- y con las que se esperan de lxs médicxs -relacionadas con el saber/poder y el Sujeto Supuesto Saber-. Sin embargo, existe también un reconocimiento de esa voluntad de poder que se asocia con la condición misma de subjetivación del sujeto: ponerse a sí mismo, accionar, ser agente de su propia vida.

Hay mujeres adolescentes que atendemos principalmente para interrupción legal del embarazo, hay un denominador común. Vos me preguntas cuáles son sus reclamos, en realidad lo que las mujeres quieren es que les den la oportunidad de decidir, que eso es lo que no pasa hoy en la medicina. Es el reclamo principal, sobre todo de las jóvenes, porque se empiezan a enterar (E11).

### **V.3. Géneros, sexualidades y violencias**

En este apartado, se recuperaron fragmentos específicos de las entrevistas a lxs médicxs que hacen referencia a la desigualdad sexo-genérica dentro del sistema de salud, la necesidad de que lxs profesionales cuenten con perspectiva de género y de derechos y la asociación que la sexualidad tiene con mecanismos de violencia institucional y/o del ámbito familiar.

#### **V.3.1. Perspectiva de género y derechos**

Una de las cuestiones que interesaba indagar era el proceso pedagógico universitario de lxs profesionales de la salud. En particular, si había incluido formación social y perspectiva de género. La mayoría reconoce que en las carreras de medicina no tuvieron acceso a dicha formación y que muchas de estas inquietudes surgieron luego de su trabajo en los efectores de salud. Así comenzaron diferentes procesos formativos a partir de la voluntad personal de cada profesional.

La mayoría de lxs entrevistadxs estuvo disconforme con su proceso de formación, el cual, además, presentó grandes vacancias al momento de su desempeño profesional. En este sentido, resulta llamativo que algunxs profesionales señalaran que lo aprendido en el recorrido de la carrera universitaria no les fue de utilidad.

Una de las claves centrales para comprender esta percepción de su propia formación universitaria está relacionada con los límites de los saberes técnicos frente a las situaciones complejas que se le presentan en los consultorios. Frente a la comprensión de que el trabajo en salud implica una relación con sujetos, el reconocimiento de lo humano se torna una prioridad. Es decir, lxs médicos atienden personas y no partes del cuerpo.

Solo dos de lxs entrevistadxs dijeron estar conformes con su formación en la universidad, haciendo sobre todo hincapié en el acceso gratuito a la formación universitaria.

Mi proceso de formación fue un espanto en ese sentido. Yo vengo de una Universidad, Nacional. Nosotros, los médicos, estamos formados con un sentido biologicista hegemónico. Somos producto de una Universidad no solamente biologicista y hegemónica, sino además patriarcal. Construida con esos paradigmas. Así me formé en la facultad: desde el punto de vista de la salud sexual nada, absolutamente nada. La salud sólo fue biológica, y nada más. Fue una formación dónde no había sujeto social, una formación fraccionada, recortada (E3).

Yo soy médica, estudié en la Facultad de Ciencias Médicas de La Plata, desde el '80 al '86, más de la mitad de las cosas que me hicieron aprender no me sirvieron para nada, no sé para que estuve 6 años ahí, pero bueno (E2).

Hoy en día la formación del médico no es una formación de salud con enfoque de derechos. O sea vos vas a la facultad, estás 7 años ahí, haces 4 años de residencia y nunca te van a enseñar cuáles son los derechos de la persona que atendés y cómo garantizarlos (E11).

Nosotros desde la Facultad de Medicina no tenemos ni idea de nada de diversidad ni de perspectiva de género. Ahora está cambiando la UNLP, eso está bueno (E9).

Hay una línea de información que es muy rígida, en relación a la sobrevaloración del rol científico de la medicina y la inexistencia del contenido referido a los aspectos personales y con la salud. Eso hace muy difícil que vos puedas tener una visión amplia del paciente porque vos te formaste de una manera que te limitó tu percepción a la enfermedad, entonces si no hay enfermedad el médico interpreta que no tiene un rol que cumplir (E11).

Como se había señalado al comienzo de este Capítulo, las casas de estudio de procedencia de lxs entrevistadxs son las universidades nacionales de Buenos Aires, Rosario y La Plata.

Mirando las currículas de estas tres universidades con respecto a las carreras de Medicina, se puede destacar, en principio, que los planes de estudios poseen muchas más materias de las ciencias biológicas que de las sociales: UBA de las 53 materias en el plan de estudios de 2011, solo 10 pueden asociarse con una algún aspecto de las

ciencias sociales; UNR de las 21 que se muestran en el plan de estudios 2001, 7 pertenecen al área social -cabe destacar que las dos entrevistadas que se encontraron conformes con su proceso formativo había concurrido a esta facultad-; UNLP de las 60 materias declaradas en el plan de estudios 2004, 11 pueden ser asociadas con las ciencias sociales.

También, se debe tener en cuenta que pese a que el nombre de la materia, como "Salud Mental", se presume dentro del área de sociales, esto depende del contenido específico de cada cátedra y la formación de lxs docentes. En este sentido, la falta de formación social con perspectiva de derechos, de género y generacional es una de las dificultades más grandes que lxs profesionales de la salud entrevistadxs señalan al momento de afrontar su práctica laboral.

Así, muchxs de lxs médicxs decidieron desarrollar una formación paralela, que les permitiese ampliar su campo de comprensión/acción de forma particular.

Leo artículos que nos mandan a la Red de Profesionales (por el Derecho a Decidir). Busco poco sola, me cuesta más buscar porque soy de una época de la Facultad donde no nos han enseñado tener búsquedas bibliográficas en internet porque hay mucha basura, entonces no soy muy habilidosa en eso (E2).

No, todo lo que te conté de cómo fui avanzando de la educación tradicional que nos da la Universidad Nacional de La Plata, sin ninguna materia de género, ni de diversidad, ni de perspectiva, eso lo tuve que hacer aparte (E9).

El recorrido desde lo social, desde la sexualidad, desde el vamos empezamos a formarnos, yo viajaba con Aurora Pérez que era una de las cátedras de Familia en la carrera de Derecho de la UBA. Éramos 7 u 8. Por supuesto la formación financiada de forma personal (E6).

Sobre eso me formé yo después. En la Universidad, en la residencia, nada (E11).

Asimismo, cabe destacar que dentro de las residencias profesionales de lxs médicxs, hay un reconocimiento positivo de la Medicina General como especialidad, a diferencia de la Ginecología y la Pediatría.

Tuve la suerte, digo la suerte porque así me parece haber transitado la Medicina General que me abrió. Hay una apertura importante porque transitás por distintas especialidades, pediatría, ginecología, clínica, centro de salud, o sea, tenés una visión distinta obviamente. Porque además te relacionás con un montón de profesionales y no profesionales, de pacientes; entonces es variada la información, desde la experiencia (E10).

Yo estoy en formación, estoy haciendo el posgrado que es la carrera de especialista en Medicina General. En esta formación en particular sí está contemplado. Justamente el generalismo plantea esta cuestión de la salud integral donde no solo se evalúe o se atiendan las necesidades físicas de las personas. Entonces, en esta cuestión integral

está todo: género, contexto, lo laboral y todo lo que hace a la construcción de una persona. En mi formación de grado que es medicina en la UBA, no. No hay nada de todo esto te diría (E13).

Esto, a su vez, se vio vinculado por lxs propixs entrevistadxs a la atención que brindan ellxs mismxs en los efectores de salud y la necesidad o no de incorporar dicha perspectiva a su labor.

En principio se puede destacar, que en algunas entrevistas se hizo referencia a las propias condiciones de trabajo de lxs profesionales de la salud. Las siguientes citas muestran las desigualdades de género dentro de los espacios de trabajo de las médicas.

Las mujeres tenemos muchos problemas de género en el espacio laboral, imaginate lo que será en la medicina. Que aunque las mujeres somos la mayoría, a los lugares de mando llegamos muy pocas, y hay una situación muy *heavy* en las residencias quirúrgicas, más aún. De mucha violencia. Muy difícil. Con una perspectiva de muy aprender sobre el castigo y el trato con las mujeres es un espanto. Hoy las cosas han cambiado, por suerte, bastante. Esa fue mi formación, en la facultad y en la residencia donde no apareció nada que tuviera que ver con la salud sexual. Todo lo que tuviera que ver con las mujeres y su sexualidad, era algo oscuro, eran responsables de todos los males que sufrían ellas mismas, eran ellas las provocadoras de todos los dolores y nosotros disponíamos de esos cuerpos como a nosotros nos parecía (E3).

Y hablar sobre lo que significa la perspectiva de género, leer sobre violencia, interrupciones legales del embarazo, toda esa preparación la tuve a partir del 2006, que es una de mis principales motivaciones profesionales y personales. Desde esos momentos me transformo, me doy cuenta de que muchas de las cosas que yo venía trayendo, que venía sufriendo tenía que ver con que tenía que abrazar el feminismo. (E2).

En general es diferente por ahí la relación de los hombres y las mujeres con el otro. Hay una cuestión de género. Al ginecólogo varón, las mujeres lo sentían como más sólido desde lo científico. Las mujeres estamos más con los nenes, el colegio, todo eso, no tenemos tiempo para ir a formarnos, en cambio los hombres se dedican y hacen cursos y por eso saben más. Tenían una imagen más paternal, de cuidado y a la mujer la veían más como una igual. Había una relación médico-paciente desigual (E1).

Si bien no es foco central de este trabajo de investigación, cabe destacar que las condiciones laborales de lxs profesionales de la salud, han sido caracterizadas como negativas. Todxs lxs entrevistadxs presentaron disconformidad con respecto a su lugar de trabajo, ya sea en la unidad específica en que se desarrollan, el efector de salud o el contexto de la salud pública en Argentina.

También, resulta necesario indicar la desigualdad sexo-genérica que reconocen en sus espacios de trabajo, en tanto distribución de ingresos, cargos jerárquicos, toma de decisiones y violencia y acoso laboral.

El movimiento feminista en Argentina ha tenido grandes avances en materia legal, como se detalló en el Capítulo I. En el campo laboral, se concretó recientemente la Ley de Paridad (nacional 27.412; provincial 14.848) y la Ley Micaela (27.499) -formación en todos los ámbitos del Estado para incluir la perspectiva de género-. Estas leyes se sumaron a la ya vigente Ley de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (26.485), sancionada en el 2009.

El Inciso C del Artículo 6 de dicha Ley, define a la violencia laboral contra las mujeres como “aquella que discrimina a las mujeres en los ámbitos de trabajo públicos o privados y que obstaculiza su acceso al empleo, contratación, ascenso, estabilidad o permanencia en el mismo, exigiendo requisitos sobre estado civil, maternidad, edad, apariencia física o la realización de test de embarazo. Constituye también violencia contra las mujeres en el ámbito laboral quebrantar el derecho de igual remuneración por igual tarea o función. Asimismo, incluye el hostigamiento psicológico en forma sistemática sobre una determinada trabajadora con el fin de lograr su exclusión laboral”.

En este sentido, la perspectiva de género no implica solamente el acceso a los derechos de lxs pacientes, sino también la posibilidad de generar espacios saludables y seguros de trabajo para lxs médicxs. Esto presenta la posibilidad de dislocar a la perspectiva de género solamente del lugar del deber, para poder comprenderla como el marco de garantía de los propios derechos. Este movimiento, permite una mayor permeabilidad en lxs profesionales de la salud en tanto comprenden que el proceso de transformación es significativo también para sus propias experiencias.

En cuanto a la perspectiva de género en la atención en consultorio, se identificaron diferentes posturas:

Nosotros somos un equipo que imprime la perspectiva de género como una necesidad en la mirada, porque amplía la mirada (E3).

Que venga una mujer siempre al consultorio no significa que sea heterosexual, entonces esa heteronorma que está inmersa en nosotros. Tenemos que preguntar con quién tiene relaciones sexuales, eso es atender con perspectiva de género (E9).

Sin embargo, no todxs lxs entrevistadxs coincidieron con esta lectura:

No, la verdad no entiendo muy bien qué es la perspectiva de género. No tengo idea, yo creo que sean mujeres, niños, hombres, lo que merecen es respeto y todos tienen derechos humanos, y esos derechos se respetan. No creo que haya disparidades. Hay cosas que son injustas y están mal le pase a un niño, a una mujer o a un hombre. Que

una mujer sea violada, o no sea respetada, o que no tenga los mismos derechos que el hombre, eso va contra los derechos humanos, y eso no es la perspectiva de género. Eso es justicia (E1).

Es necesario destacar que la perspectiva de género se encuentra íntimamente relacionada con la perspectiva de derechos. En Salud, eso significa que la ausencia de dicha percepción genera una obstrucción al acceso. Si lxs propixs profesionales de la salud no pueden detectar violencias, menos aún pueden no ejercerlas. No se trata aquí de señalar una intencionalidad maliciosa, aunque a veces esto también sucede, sino de identificar las violencias aún en la falta de voluntad de ejercerlas. Por lo tanto se propone correr el umbral de percepción para poder accionar desde otro lugar.

Porque hoy te diría que es una atención interdisciplinaria basada en derechos con perspectiva de género, porque la perspectiva de este derecho que aparece a partir del cambio de la Constitución Nacional, con la incorporación de los tratados internacionales, donde las perspectivas de salud cambian, el paradigma de salud cambia totalmente y se transforma en un paradigma basado en derechos (E3).

Lo que quiero decir, es por ejemplo, antes una mujer que venía a pedir una ligadura y no tenía hijos, era una mujer que no accedía a la ligadura. Hoy hay una ley (E3).

La actividad es concretamente hacer cumplir la Ley de Identidad de Género que es la 26.743 y que hace tres años se creó este programa de la Provincia de Buenos Aires. Dentro de la Ley de Identidad de Género habla que tienen derecho al tratamiento hormonal, tanto quirúrgico como clínico (E9).

Pese a estos avances, el movimiento feminista se encuentra en la constante denuncia del no cumplimiento de estas normativas, comprendiendo que la perspectiva de derechos posibilita procesos de transformación, que requieren también la capacidad y la fuerza de la acción colectiva para que se cumplan.

El contexto cambió, en nuestro país el movimiento de mujeres fue una realidad, las cosas no pasaron por la nada. Acá afuera había mujeres que estaban haciendo muchas cosas que llegan hasta donde están hoy, y eso empezó a generar cambios muy profundos. El paradigma de los derechos humanos es otro cambio que vuelve a golpear a los espacios, a quién se transformó y a quién no, y ahí aparece la salud sexual en ese momento (E3).

Yo entré al hospital cuando nosotros no podíamos dar métodos anticonceptivos, porque veníamos todavía con la Ley de la dictadura. Inventamos un nombre para poder hablar de anticoncepción con una ginecóloga que era piola. La academia viste que viene siempre un poquito rezagada para modernizarse, y llegamos al '87 sin todavía poderlos dar, todo aparece después. El Programa de Salud Sexual es revolucionario (E3).

En el corpus de entrevistas aparece la pregunta por los roles sociales establecidos según la condición sexo-género de la persona y las violencias a las que se enfrentan en

su cotidianidad: la postergación, el trabajo excesivo, la falta de concreción de sus deseos, la sumisión de sus placeres y la responsabilidad del Estado frente a este abandono que recrudece los hechos concretos de violencia.

Lo que pasa habitualmente es que el hombre abandona a esa mujer con 7 pibes. En el consultorio de la guardia o en los consultorios diarios acá está lleno de mujeres con nenes no de varones. Te digo que es una tarea enorme la que la sociedad le da a la mujer (E8).

A mí me da la sensación que tiene que ver con la historia de los patriarcados y los matriarcados, me parece que de alguna manera, porque no pensar en el placer o en disfrutar desde otra forma, es seguir postergándose la mujer (E6).

Que podamos con muy poco, porque es información y un poco de contención, resolver un problemón a una mujer que está abandonada por el sistema. Abandonada, acusada y vulnerada (E10).

En este sentido, y pese a la diversidad de posicionamientos que presentó el corpus de análisis, en todas las entrevistas se reconoce la desigualdad social que viven las mujeres. Esto resulta llamativo, incluso, en donde estas afirmaciones se presentan como contradicciones: profesionales que se oponen a la perspectiva de género, al acceso al aborto legal, o que presentan visiones muy prejuiciosas acerca de la sexualidad y las adolescencias, también reconocen la desigualdad de la mujer en el entramado social.

En principio, se puede reconocer en algunos testimonios la asociación entre la opresión sexual y la religión:

Yo creo que lo viven con un poco más de libertad, en el buen sentido, al tener información vos podés ser más libre pero falta un montón. Sigue habiendo abuso, siguen no respetándose las decisiones de la mujer, sigue habiendo sufrimiento, padecimiento, digamos no se entiende que la sexualidad tiene que vivirse también de forma placentera, está muy cruzado por lo religioso (E10).

A sabiendas de que los procesos de religiosidad popular son base fundamental en las sociedades latinoamericanas, resulta importante señalar que desde las jerarquías religiosas se promueve una teología de la dominación basada en una relación vincular con los símbolos religiosos desde el sacrificio, la culpa y el castigo. Allí, como desarrolla la teóloga feminista Ivone Gebara en su libro *El rostro oculto del mal: una teología desde la experiencia de las mujeres* (2002), las mujeres ocupan el lugar del mal en todo este entramado dogmático.

Por otra parte, algunxs profesionales reconocen en el orden social un sistema sexogenérico desigual: el patriarcado.

Que la mujer se vista de rosa y le gusten las princesas, la hace más vulnerable para la violencia. No quiero decir que este mal eso, digo que tenemos que saber eso porque si no después todos hacemos cosas que están instaladas como patrones de género, que las repetimos, que creemos que están bien. Yo saludo a muchos hombres con la mano porque me dan la mano, y a las mujeres no y eso es un patrón, que tiene que ver con una imposición cultural, y que eso termina ayudando a la violencia (E11).

Las enfermedades de transmisión sexual tienen alta incidencia hoy en día, eso quiere decir que no hay cuidado, que se desconocen los métodos. Esto tiene mucho que ver con el respeto dentro de la pareja, tiene que ver con el machismo, con el patriarcado también. Donde hay una imposición, donde la mujer tiene que ceder a un montón de cosas que le impone el hombre y bueno eso sigue estando (E10).

El patriarcado está en todas las clases sociales, no es una cuestión meramente de la clase social baja (E13).

El reconocimiento del patriarcado permite la posibilidad de generar procesos emancipatorios que tiendan a la equidad y la ciudadanía de todas aquellas personas que no formen parte del epicentro de poder de las masculinidades hegemónicas.

Si bien, como ya se señaló anteriormente los servicios de salud, en su mayoría, contemplan a la sexualidad desde una perspectiva binaria, es importante destacar que en algunas entrevistas hubo un reconocimiento de que estas violencias también son ejercidas sobre otras identidades sexo-genéricas.

Las enfermedades de transmisión sexual están al orden del día, la sífilis que parece de la época paleozoica es actual, actual, actual. Nosotros siempre les decimos el tema del autocuidado, es fundamental porque aparte ya sabemos que la mujer, tanto si es un chico trans que puede gestar como una mujer heterosexual, los cuidamos, porque sabemos lo que es esta sociedad y quién se encarga (E9).

### **V.3.2. Diversidad y disidencias**

Con la cuarta ola, llegó también la pregunta por los feminismos en plural. ¿Existe un sujeto prioritario dentro del feminismo o es un movimiento que nuclea la multiplicidad de sujetos que se encuentran violentados por las prácticas que dan cuerpo a este orden social? Estas discusiones forman parte de la agenda feminista hoy en Argentina. Con la ampliación de derechos es innegable el reconocimiento de otras identidades y sexualidades subalternas que sufren violencias y que se configuran como colectivos de incidencia política. Es un momento de implosión del feminismo, en donde las juventudes ocupan un lugar central impulsando también procesos sociales en un diálogo intergeneracional.

Vos imagináte que yo terminé la residencia en mayo del año 2012 y en junio empecé a trabajar acá. Y no se hablaba de eso, por lo menos no como ahora. Sí por ahí te iba a consultar una paciente homosexual, o bisexual, pero todo lo de cambio de género lo

estamos viendo ahora recién, un poco más, que se está abriendo. A lo mejor existía, no digo que no, pero no es algo de lo que se hablara tan abiertamente como se habla ahora (E8).

La Ley de Identidad de Género (2012) significó un momento de inflexión en el sistema sanitario, no sólo por la necesidad de dar cumplimiento a esa Ley, sino también porque dicha implementación desafió a los registros en salud y a la oferta de servicios, ya que siempre habían sido considerados de forma binaria. Los sistemas en salud tuvieron que redefinir la capacidad de registrar que ahora un hombre trans podía estar embarazado y podía, también, decidir abortar en el marco de algunas de las causales explicitadas en el Código Penal.

Un orden heteronormado, binario y biologicista, como lo es el médico, tuvo y aún tiene que generar profundas rupturas para poder asimilar la transformación. Esto, además, se dio en un marco de formación universitaria profesional todavía deficitaria con respecto al cumplimiento de derechos, por lo cual, lxs profesionales de la salud se vieron ante una incertidumbre casi catastrófica: ¿Cómo dar respuesta sobre algo que no entiendo?

La multiplicación de identidades políticas, sexuales y de género, exige un cambio en la atención médica, en tanto comprende las demandas del sujeto que se presenta a la consulta. En las entrevistas médicas, como las recomendaciones que de la misma se desprenden, regularmente subyace un supuesto de monogamia, heterosexualidad y cisnormatividad.

Estas tres dimensiones del orden, están siendo puestas en discusión, cada vez con mayor intensidad, y esto exige una revisión de todas las políticas públicas del Estado y los servicios que brinda. En principio, lxs profesionales entrevistadxs, muestran un bajo umbral de reconocimiento de otras prácticas sexuales que no responden a la heteronorma.

En general la orientación sexual, es más común que la percibas o la comuniquen mujeres que son más grandes. Es raro en la adolescencia. Es raro que una adolescente venga y te plantee que sale con mujeres, la verdad a mí no me pasó nunca (E1).

En cuanto a la orientación sexual, mira hoy en consultorio, no son muchas las consultas que tenemos por la orientación por ahí nos toma como de sorpresa porque si bien es algo que hoy vemos como mucho más seguido, por ahí no nos toca tan de cerca (E4).

Nosotros no llegamos todavía a tener pacientes que acudan a la consulta por una sexualidad distinta a la hegemónica, ni que hablar de población trans que no es que no existe en Rodríguez. No es que no hay pacientes pero justamente esta cuestión de que esta población sienta o piense que puede acudir al centro de salud porque hay un equipo que esté preparado y no es porque no hayamos hecho difusión o que no

hayamos ido al barrio, pero bueno esa barrera está más allá de la accesibilidad al recurso, es otra barrera (E13).

“No tenemos pacientes”, expresa la última entrevistada y se pregunta por qué no se llega a brindar el servicio. Esta cita, además, se expresa sobre la identidad de género trans y las dificultades de acceso a la salud de esta población, que actualmente tiene una expectativa de vida de 35 años. Claramente, existe una necesidad de acceso a la salud, pero la complejidad se presenta en lo disruptivo que estos cuerpos, estas subjetividades, representan para la lógica del modelo médico hegemónico. ¿Cómo debemos trabajar ahora?

En esa interrogación, una de las cuestiones que surge es la idea de que dichas personas no se presentan en los consultorios médicos. Hay un reconocimiento del vacío de la diferencia. Se debe reconocer, en principio, que las disidencias encuentran múltiples dimensiones de la violencia institucional en el entramado sanitario. Aunque también es cierto, que si el umbral de lxs profesionales de la salud no se amplía, estas cuestiones nunca van a aparecer en el espacio de consulta.

Entonces, ¿Son pocas las lesbianas que van a los hospitales o van pero no hablan de eso con lxs profesionales de la salud? ¿Cuánto del umbral y la permeabilidad se juega en ese reconocimiento? ¿Hay un espacio de escucha habilitado para este reconocimiento?

Alguna situación cuando están asumiendo su identidad sexual, y como saben que pueden llegar a ser expulsados, no escuchados, no te lo vienen a decir (E3).

La mayoría que consultan son heterosexuales porque todavía no logramos la llegada a los otros géneros, que todavía tienen esa cuestión de no poder asistir a un centro de salud por miedo a ser estigmatizados, discriminados. Todavía no llegamos a deconstruir de tal manera que puedan siquiera acercarse, es muy difícil (E13).

Si lx profesional no tiene un reconocimiento, entonces no hay lugar para la identidad disidente y se ejerce una violencia sobre ella. Se comprende que estas identificaciones forman parte de un proceso complejo como cualquier transformación, pero también forma parte del acceso a los derechos y los profesionales deben facilitarlos y no obstruirlos.

Yo siempre lo hablo con el psicólogo. Yo soy una persona grande, te imaginas que mi formación viene de hace muchos años y con la identidad sexual que los chicos hacen o que vienen y me dicen yo soy varón o yo soy mujer, me cuesta. No me cuesta aceptar eso, yo lo veo bien, pero hay una cosa que yo no puedo llamarlo. Por ejemplo, si es Fabiana y él me dice yo soy Máximo, me cuesta mucho viéndola vestida de mujer, llamarlo como varón, que es una de las cosas que tenemos con el psicólogo. Yo no puedo, porque yo estoy viendo algo que en mi cabeza me sale, tengo que pensarlo. Si

el viniera vestido de varón, yo le digo Máximo. Y lo quiero cambiar pero me cuesta. La figura tiene que estar acompañada del nombre (E5).

A pesar de la complejidad de los procesos de transformación social y cultural, el derecho siempre tiene que estar primero. Así, el sistema de salud debe pensarse como una estructura profesional que brinda servicios y que dichos servicios deben contemplar la atención sanitaria en clave de acceso a los derechos, más allá de las personas que componen dichos servicios, sus dificultades, valores o capacidades.

Así, aparece la pregunta por los servicios en salud y diversidad sexo-genérica, que representa una diminuta minoría en el entramado sanitario, pero que ha empezado a generar experiencias en algunos hospitales de la provincia de Buenos Aires. En la región Gran La Plata, se pueden identificar el Hospital Gutiérrez y el Hospital Cestino, de Ensenada, en donde se han conformado dos equipos de trabajo que garantizan prácticas de hormonización e intervenciones quirúrgicas, además de un acceso respetuoso en clínica.

En la mayoría de los servicios de salud esta población no es siquiera identificada. Ahora, cuando sí lo es: ¿Cómo es percibida por lxs médicxs?

En principio, existe una presentación de este colectivo como objeto de violencia.

El colectivo trans, las personas trans son muy vapuleadas. Con muchas necesidades desde todo punto de vista porque desde el trabajo, desde la contención familiar que algunos la pierden, las instituciones les dan la espalda, desde la escuela, los trabajos no los llaman, tienen una expectativa de vida de 35 años (E9).

Sobre todo las personas que vienen por diversidades sexuales que han tenido que lidiar toda la vida con cuestionamientos, que ya tienen resueltos, y con discriminación. Es como que ya están curados de espanto (E11).

Resulta interesante también señalar que lxs médicxs reconocen también la violencia en la propia práctica institucional de los servicios de salud.

Viene una mujer, no tenés que pensar que es heterosexual, ese es otro problema que tenemos. Que las chicas lesbianas van una vez y no van más. Alguien las trata mal. A un chico trans, lo trata como femenino haciéndose un Papanicolaou y no va más. No quiere venir ni a mi consultorio, no quiere hacerse una ecografía nunca más en la vida. Entonces, esos obstáculos, esas barreras que ponemos desde las instituciones... (E9).

Yo los atiendo, pero surge rápidamente que han pasado por situaciones de violencia una atrás de la otra permanentemente. Los varones que han hecho un cambio de aspecto físico, que inicialmente tenían el aspecto físico de una mujer, son permanentemente violentados. Con el nombre ya los tratan mal. Es muy difícil porque si vos querés que te llamen Paulo, no te pueden seguir llamando con el nombre del documento. ¿Por qué la llamas como vos querés si el nombre es de esa persona y no

tuyo? Eso pasa mucho, entonces, están muy entrenados en ser víctimas del sistema de salud y también en defenderse (E11).

Es fundamentalmente hablar de una tarea muy grande que hubo que hacer en el hospital, por todas las barreras, por los maltratos. Porque ellos no son parte del sistema de salud porque son expulsados, no sabemos tratarlos (E9).

O si se hacen cosas ejemplo, sacate la bombacha, y es un varón con todo el aspecto de varón solo que cuando nació tenía una vulva y con el tiempo ha elegido otra sexualidad, con todo el derecho del mundo, se hicieron todos los procedimientos para que pueda tener ese aspecto físico y tiene calzoncillos puestos. Que venga uno y te diga sacate la bombacha eso es muy violento, innecesario y provocado con intención. No es una agresión que se te escapó sin querer. Ese tipo de violencia, es permanente (E11).

De allí, que muchos de los servicios diferenciados, que se presentan como política pública focal, tengan problemas luego con el resto de los equipos de trabajo que se desarrollan en el efector de salud. En este sentido, se puede destacar que aún en los servicios públicos de salud no se evidencia una implementación transversal que permita el acceso a derechos en cualquier sala de los hospitales.

Frente a esta falencia, se hace necesario trabajar en conjunto con organizaciones sociales, feministas y colectivas disidentes.

A nosotros nos dio una mano enorme una activista social que se llama Quimey Ramos y ella es como nuestra madrina, nos hizo conocer, formaba grupos, empezamos a dialogar. Nosotros desde la Facultad de Medicina no tenemos ni idea de nada de diversidad ni de perspectiva de género. Así que esto lo aprendimos con la ayuda de Quimey y de otros chicos y chicas trans (E9).

En este acercamiento a la comunidad, la escuela también se vuelve un actor clave para el sistema sanitario.

La Ley de Educación Sexual Integral que está para nivel inicial, primario, secundario, terciario y docentes, en el público y en el privado, de todo el país. Y todavía tenemos grupos de padres que se oponen y que dicen para ver esto no, y los dejamos, y la ley no dice que pueden decir eso, no a mi hijo no le den tal tema. Entonces no se puede hablar del deseo. No estamos hablando solamente de los métodos, se habla de la diversidad, se habla de las personas como sujetos de derechos. Tenemos abusos en niños y no puede ser que no le podamos hablar de los abusos, y eso se habla en la ESI (E9).

En este marco, la Ley de Educación Sexual Integral (ESI) y el acceso a la salud, resultan un derecho humano fundamental, que no puede ser negado a las personas más allá de la voluntad de sus padres, madres o padres. Hace tiempo que Argentina abandonó el modelo tutelar establecido por la Ley del Patronato. Hoy el marco de derechos

nacional e internacional es otro, en donde se reconoce la autonomía progresiva y el interés superior del niño.

En este contexto, los padres no pueden arrebatarle derechos a sus hijos como si formaran parte de su propiedad privada. El movimiento antiderechos “Con mis hijos no te metas”, es uno de los actores que impide que en las escuelas se efectivice el cumplimiento de una Ley dictada hace 13 años atrás.

Por otra parte, del testimonio se desprende una comprensión amplia de la ESI, dando lugar a una de las acciones clave que dicha normativa representa: la detección de las violencias a tiempo, en un lugar estratégico, como es la escuela.

### **V.3.3. Violencias**

Una de las cuestiones más llamativas que surgen del análisis de este corpus documental, es que la pregunta por la sexualidad de las adolescentes fue relacionada directamente a la detección de violencias; todxs lxs médicxs hicieron mención a las mismas.

La consulta médica, entonces, resulta un espacio clave para la detección e intervención de dichas violencias. En este sentido, es importante que lxs profesionales tengan una escucha atenta de lxs usuarixs del sistema de salud y que también cuenten con las herramientas necesarias para poder identificarlas.

Una de las cosas más dolorosas son esas situaciones que viven a una tempranísima edad, que son las que más me golpean, y generalmente están dadas por las situaciones de las mujeres abusadas o esas realidades de mujeres solas, aunque estén en pareja, solas con los problemas. Una de las cosas que veo acá es que las mujeres cargamos con la mochila y vamos entendiendo esas mochilas como obligatorias y a veces encerradas en situaciones en las que no puedan salir (E3).

Y más cuestiones de violencia y muchas chicas que no lo cuentan. Y quizá cuentan por primera vez algo que viene pasando hace mucho tiempo (E7).

Además, de que lxs profesionales detecten estas situaciones en el consultorio con una escucha atenta, para desactivar las situaciones de violencias es necesario que la persona que se encuentra en un vínculo nocivo pueda también detectarlo. En este sentido, algunxs de lxs profesionales entrevistadxs han manifestado la preocupación porque lxs propixs pacientes reconozcan que están en una situación de violencia.

Por ejemplo, el otro día estaba atendiendo chiquitos con bronquiolitis, estaba llenando la ficha y le pregunto a la mamá de 22 años si terminó la escuela. Tenía un nenito de 5 años y un bebé. El de 5 años que estaba sentado me responde: “no, ella es una burra” y yo no me pude callar. Le pregunto ¿Cómo una burra, sabe leer y escribir? Sí. ¿Vos sabes leer y escribir? No. Entonces no es una burra. Bueno sigamos, ¿Vos trabajas? No, ella no trabaja. A ¿No? ¿Y quién te pone la ropa limpia? ¿Quién te da de comer?

Trabaja, adentro de casa y no cobra, que es distinto. Todas esas cosas, no eran para el nenito, eran para ella. Porque en todas esas cosas, sigue sometida (E2).

Imaginate que hay personas que no se dan cuenta que están siendo víctimas de violencia porque un tipo les pega en la casa, menos se va a dar cuenta que no está satisfecho un derecho sexual que tiene que ver con el goce y el placer (E11).

Violencia que eso también hay mucho, violencia doméstica (E9).

En los relatos de lo que nosotros vemos acá, esa es la experiencia que tengo yo desde este consultorio, son relatos cruzados por la angustia. Nosotros indagamos poquito en cuál es el causal, tenemos que ir a ver si ahí hubo un abuso, porque no es solamente la violación. La violación es bastante, la mujer lo percibe, se da cuenta cuando es una violación, pero muchas veces el hecho de que el hombre no quiera usar preservativo en una relación donde la mujer quiere cuidarse y el hombre se niega a usarlo de forma autoritaria, eso no lo percibe la mujer como un abuso, como una situación de vulneración de su derecho (E10).

En conjunto con el Ministerio de Desarrollo Social y el Consejo de la Mujer, la Facultad de Periodismo y Comunicación Social de la UNLP, produjo una serie de materiales para intervenciones territoriales con perspectiva de género. *En el Módulo 3: Estrategias de intervención en relación a la violencia de género (2015)*, se especifica las dificultades que atraviesan a las víctimas al momento de percibir que se encuentran en una situación de riesgo. Allí se describe la constante minimización que hacen las mujeres de la propia situación de violencia en la que viven porque “se trata de deseos más que de la realidad y responden a la necesidad de creer que esto es así, al no poder enfrentar la situación que está viviendo” (2015: 29).

En este sentido, los sentimientos de desprotección y desvalorización personal, la falta de confianza en la capacidad de transformación de esa situación, entre otros factores, está presente en la gran mayoría de las mujeres que son víctimas de violencia de género. De ahí, la importancia de los programas, las intervenciones comunitarias y el acompañamiento de otras mujeres para recuperar la confianza en sí mismas y la posibilidad de construir las condiciones necesarias para llevar adelante su deseo de una vida sin violencia.

Por otra parte, si bien en la mayoría de las entrevistas las violencias aparecieron relacionadas a la desigualdad de género, dos profesionales hicieron hincapié en la numerosa cantidad de intentos de suicidio que reciben en sus hospitales. Esta preocupación fue manifestada por médicos que trabajan en efectores de salud del interior de la provincia de Buenos Aires.

Yo me acuerdo de haber ido a Buenos Aires hace uno o dos años atrás y ver que San Pedro pidió una reunión con el Ministerio porque habían ya muchos chicos suicidados, tenían mucha cantidad ellos. Nosotros hasta el momento, creo que hay uno o dos solamente en Pergamino. Pero acá intentos sí hay muchos. Generalmente se

relacionan con el ambiente familiar, el maltrato familiar, el destrato, la falta de conexión con la familia, con los padres, con los abuelos, el haberse quedado solo, a veces una madre que se va de la casa, generalmente es el núcleo familiar. También hay bastantes casos de abuso, y eso me llamó la atención a mí, ya el año pasado hubo varios casos y este año también (E5).

Resulta interesante pensar la asociación que dichos intentos de suicidios de lxs adolescentes se relacionan las con violencias presentes dentro de su núcleo familiar y, sobre todo, con la identificación del abuso sexual.

Dentro de las múltiples violencias que reconocen lxs trabajadores de la salud, el abuso sexual y las violaciones ocuparon un plano preponderante en las entrevistas.

Cuando nosotros ampliamos esa escucha, hay mucha violencia, mucho abuso sexual. Tenemos los mismos números que cualquiera en abuso sexual infantil, porque es muy frecuente y cuando nosotros logramos que el paciente se abra, aparece con los números que aparece. Una cosa es el antecedente y otra la situación del abuso agudo concreto, una chica que fue violada. En un servicio ampliado lo que no se ve es lo que no queremos ver (E3).

Una paciente que viene a pedir un método anticonceptivo, que ya tenía una nenita producto de una violación de un primo, ella 13 o 14 años y la nena tiene un problema que pensamos que es por la compatibilidad sanguínea, tiene un retraso, tardó mucho tiempo en caminar. Ella viene a pedir un método anticonceptivo y yo le pregunto cómo se está cuidando, y me dice “no me estoy cuidando”, bueno, pero podés estar embarazada, hacemos el test de embarazo y estaba embarazada. La paciente se pone a llorar en el consultorio y me dice que no lo quiere tener y entonces la contacte con el grupo de la consejería. Esa fue una situación que me movilizó mucho (E6).

Ante estas situaciones aparece la pregunta por cómo debería comportarse lx profesional para no generar situaciones de revictimización. En este sentido, la posibilidad de detección de las violencias y la promoción de prácticas respetuosas ocupan un lugar central.

A partir de que surgen esas particularidades es que uno puede tratar, por ejemplo, si aparece una mujer que va a interrumpir su embarazo porque fue violada por su padre no es lo mismo que una que va a interrumpir. No quiere decir que la está pasando mejor o peor, es más buena o más mala, pero está claro que no puedo dejar pasar por alto que fue violada porque yo podría no tener cuidado y tactarla de una manera que no haya pedido permiso, es posible que como soy un varón y bastante más grande que las mujeres que atiendo en algún momento esa violencia que ejerzo sobre sus genitales se represente exactamente igual que la violación del padre ejerció sobre ellas (E11).

El ex Ministerio de Salud de la Nación publicó en 2011 un Protocolo de Atención integral de víctimas de violaciones sexuales para reglamentar el procedimiento

profesional en estos casos y, en 2015, sacó una segunda edición que presentaba una versión mejorada del anterior.

Allí, el Protocolo afirma que “en algunos casos se produce, por parte de las instituciones, una auténtica revictimización. Esta práctica está definida en el Decreto Reglamentario de la Ley 26.485 como el someter a la víctima a demoras, derivaciones no referenciadas o consultas innecesarias, pedirle que vuelva a contar lo que sucedió, preguntarle cuestiones referidas a sus antecedentes o conductas no vinculadas a esa agresión puntual, solicitar pruebas para la atención sanitaria o someterla a exámenes físicos reiterados e innecesarios (Decreto Reglamentario 1011/2010, art. 3, inc. k)” (2015a:12).

Estas revictimizaciones, obstruyen el acceso a derechos y muchas veces recaen en la “voluntad” de lx profesional, ya que no existen mecanismos de control suficientes que garanticen una atención respetuosa. Por eso, la capacidad de detección de lx profesional es un eje fundamental para poder intervenir en dichas situaciones. En varias consultas la violación aparece en el relato de manera subyacente. Allí, la capacidad de lx médicx de escuchar, identificar e intervenir juega un rol central.

Se debe tener en cuenta que en muchas oportunidades los equipos de salud interpretan la demora en buscar atención, el silencio, la falta de huellas físicas o la negativa a realizar una denuncia como el consentimiento de la víctima hacia la situación que vivió, no comprendiendo la complejidad que tiene la persona que se encuentra en una situación de violencia de identificarla y evidenciarla hacia el resto.

En este sentido, “la atención de la violencia sexual no puede escindir de un acompañamiento integral de la violencia de género que contribuya a desarrollar las condiciones psicológicas, económicas, laborales, familiares y habitacionales indispensables para afrontar la situación, más allá del hecho puntual de abuso o violación” (MSAL, 2015: 12).

También, se reitera en los relatos de lxs profesionales la importancia de la aplicación de la Ley de Educación Sexual Integral en las escuelas.

Las formas de autoprotección del abuso es algo que hay que enseñarles a los chicos que está incluido dentro de los programas de la Educación Sexual Integral. Esta es otra cosa que hay que enseñarles a los chicos: cómo manejarse con la intimidad, quiénes pueden o no pueden tocarlos, cuando tocarlos, cuál es el valor del no, y que ellos le den valor a su propia opinión sobre estos temas porque eso es lo importante, el valor de los secretos (E11).

Es muy interesante notar cómo la idea de “factores protectores” se conjuga con la posibilidad de enseñar ESI en las escuelas. Así, la articulación establecimiento educativo y efector de salud se vuelve indispensable para el abordaje integral.

Por otra parte, cabe destacar que uno de los profesionales entrevistados hizo mención a la violencia obstétrica ejercida por los propios agentes sanitarios.

El parto respetado surge como una alternativa de atención a la violencia obstétrica inicialmente y después se empieza a entender cuáles son los derechos de la mujer y demás. El parto respetado está visto en la medicina, en general, como una improvisación; cosa que no tiene ningún fundamento cuando tiene todo el fundamento científico, todo de acuerdo a los derechos, de acuerdo a la ley, con la evidencia internacional es lo mismo exactamente. Y el modelo médico hegemónico con violencia obstétrica es un modelo viejo que está totalmente obsoleto (E11).

En este contexto, el médico señala que el trabajo dentro del equipo de salud del hospital se vuelve complejo porque existen diferentes miradas desde donde atender la demanda de lxs usuarixs. Existen, por tanto, prácticas obstructoras y prácticas que garantizan derechos en salud. El problema sustancial subyace en que dichas actitudes no deberían quedar a criterio personal de cada profesional, porque lo que se pone en juego es el ejercicio concreto de los derechos de las personas.

#### **V.3.4. Aborto**

A partir de las entrevistas se reconoce al aborto como tema de salud pública. Tanto para posicionarse a favor o en contra, o para problematizar las situaciones que llegan a sus consultorios, lxs profesionales de la salud ponderaron al aborto como tema de preocupación o interés. Resulta interesante destacar que tres de lxs profesionales entrevistadxs forman parte de la Red de Profesionales por el Derecho a Decidir de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto, Legal, Seguro y Gratuito.

También, es significativo que este tema revista mayor reticencia en lxs profesionales que brindan atención en el interior de la provincia, teniendo en cuenta que en dos de los tres testimonios recolectados en Salto y Pergamino, el aborto no fue considerado un derecho, ni siquiera aun en las causales que se encuentran vigentes en Argentina desde 1921.

Al igual que las violencias, el aborto es un tema que requiere de una sensibilidad y una escucha atenta para poder habilitar el diálogo con la persona que lo requiera. La detección de abortos sucede cuando los servicios y/o lxs profesionales se muestran receptivos a esa demanda y facilitan el acceso a derechos. En este sentido, los espacios de atención que no reciben demandas de aborto tienen un sesgo en la propia oferta de servicios sanitarios y se encuentran incumpliendo derechos sexuales y (no) reproductivos.

Como acá quizá pueden hacerlo, nosotros tenemos otro número de la cantidad de interrupciones legales del embarazo. Porque acá tenemos un servicio que hace consejería y escucha, así que va a ser muy distinto. Una vez me pasó en una reunión en

Psicología, una psicóloga dijo que no tenían situaciones de interrupción del embarazo y yo tenía en el hospital 80 veces más que ella (E3).

Negar el aborto como práctica profesional de la salud pública y desconocer que dicho acceso es un problema social vigente es una constante en los servicios de salud pública, cuyos equipos deciden sobre la propia salud de la población a la que atienden.

Resulta pertinente destacar dos de las intervenciones médicas que niegan al aborto como derecho, desconociendo profundamente la situación normativa actual en Argentina y las obligaciones que les competen como profesional de salud.

Pacientes de cualquier edad que vienen porque desean interrumpir el embarazo y no sé si va en contra de mis valores. Yo siempre priorizo la vida y para mí nunca es una opción hacer un aborto o que se haga un aborto, entonces trato de persuadirlos para que no lo hagan pero no sé hasta qué punto uno puede ayudar a la toma de esa decisión. Viste que con todo esto que surgió de la ley y demás, nosotros no tenemos constituido un servicio en el cual haya interrupción legal del embarazo. Entonces no puedo decirle, ya que todavía no es legal, hazlo de tal o cual forma. Esa es la realidad. Sí obviamente puedo brindarle toda la información, las cosas que ella tendría que prever en caso de que se lo quiera hacer y cuáles son las pautas de alarma. Nosotros por ejemplo no podemos brindarle la medicación para que se realice el aborto, viste que hasta que salga la ley tiene que haber en la institución un personal que esté abocado a eso, y que primero mínimo tenga 4 o 5 consultas y que pase por un servicio constituido de psicólogos, médicos, asistentes sociales y demás. Y si el paciente realmente lo quiere hacer, bueno, que esté contenido (E4).

A mí lo que más me choca es el tema del aborto. Yo estoy en contra del aborto. No juzgo a la gente que aborta, la verdad es que no es mi papel, pero sí me ha pasado que vienen me dicen: “estoy embarazada, voy a abortar porque...”, te digo no sé, una pavada... me violó mi primo, por decirte algo, o porque vivo en la calle y vos la escuchas a la paciente y decís realmente: ¡Qué vida de mierda, este chico no tiene que nacer! Pero me pone en tensión en el sentido de que cuando uno habla, hablas a favor o en contra, no hablas de este sí y este no. No podés decir a este vamos a abortarlo porque es hijo de un violador o este vamos a abortarlo porque la chica está estudiando y tiene que terminar la carrera. No podés decir al del violador matémoslo y al otro no porque ésta es una pavota, se embarazó, porque tenía todos los medios para cuidarse (E8).

En principio, se evidencia un completo desconocimiento u omisión de las causales legisladas en el Código Penal (CP), que son luego reforzadas e impulsadas en el Fallo F.A.L. (2012) de la Corte Suprema de justicia de la Nación. En dicho fallo, se establece la obligatoriedad de los servicios de salud de todo el país de brindar la interrupción del embarazo a cualquier mujer o persona con capacidad de gestar violada. Esto se debe a que el inciso B del artículo 86 del CP se encontraba redactado de tal manera que algunxs juristas tendenciosos realizaban una interpretación sesgada del mismo,

sosteniendo que dicha normativa atendía a las violaciones perpetradas a mujeres que presentaban algún trastorno mental o cognitivo.

Así, el fallo F.A.L. brindó claridad al debate, que proporcionado por una coma de la letra normativa, imposibilitaba el acceso de las mujeres violadas a la interrupción de dicho embarazo. El fallo estableció, además, que la solicitud de interrupción no puede ser judicializada: lxs médicxs en ningún caso deben requerir autorización judicial para realizar los abortos. El único requerimiento es una declaración jurada de la persona que lo solicita.

En el mismo fallo, la Corte encargó a los poderes ejecutivos nacionales y provinciales la implementación de protocolos hospitalarios “para la concreta atención de los abortos no punibles a los efectos de remover todas las barreras administrativas o fácticas al acceso a los servicios médicos”.

En 2015, el Ministerio de Salud de la Nación reeditó el Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción legal del Embarazo, la cual es una versión revisada y actualizada de la Guía Técnica para la Atención Integral de los Abortos No Punibles, elaborada por la cartera sanitaria en 2010. Dicho protocolo fue lanzado por la máxima rectoría en Salud a nivel nacional y establece cuál es el procedimiento que los equipos de salud deben realizar ante esta demanda. Resulta llamativo, que a fines de 2018, lxs profesionales aún desconozcan sus obligaciones y que los organismos ejecutores no efectivicen el acceso a este derecho.

El secretario de Salud de la Nación, Adolfo Rubinstein, informó, en el debate parlamentario acerca de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (2018), que hay diez provincias que adhieren al protocolo nacional, seis que cuentan con protocolos propios, cuatro que no están adheridas pero utilizan la regulación nacional y otras cuatro que no tienen protocolo ni adhieren al nacional.

Un informe publicado en 2018 por el Equipo latinoamericano de Justicia y Género (ELA), la Red de Acceso al Aborto Seguro (Redaas) y el Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) muestra que, por más que tengan protocolos, el acceso en diversas provincias a este derecho presenta múltiples barreras. Buenos Aires es una de ellas.

El informe muestra que el Protocolo bonaerense no contempla sanciones para profesionales de la salud en caso de incumplimiento, la regulación del consentimiento informado de niñas y adolescentes no resulta compatible con el Código Civil y Comercial de la Nación ni con los estándares internacionales y nacionales en materia de autonomía progresiva de niñas y adolescentes. Tampoco prevé mecanismos de resolución en los casos de desacuerdo entre la persona que lo solicita y lx profesional interviniente. Entonces, se muestra que la normativa provincial se encuentra atrasada con respecto a la nacional, y a los compromisos en materia de derechos humanos y sociales que ha rubricado Argentina.

Asimismo, es necesario dejar constancia que el primer inciso del Artículo 86 del CP, indica que el aborto no será penalizado en caso de que corra riesgo la vida o la salud de la persona gestante, haciendo una distinción entre ambos conceptos. La salud, como ya se señaló en los capítulos anteriores no es solamente la ausencia de enfermedad, sino, acorde con lo que establece la OMS es un estado de bienestar integral que comprende el ambiente, las condiciones psíquicas y económicas de las personas. En este sentido, el movimiento feminista aún sigue dando batalla para que dicha comprensión de salud sea aplicada a las causales legisladas en el CP.

Ahora bien, además de la negativa de la normativa vigente, resulta interesante destacar algunas de las intervenciones específicas en dichas citas.

“Trato de persuadirlos para que no lo hagan pero no sé hasta qué punto uno puede ayudar a la toma de esa decisión”. Esta afirmación indica que lx profesional de la salud interviniente intenta convencer según sus propias creencias a la persona que demanda el aborto. Así, se puede reconocer el posicionamiento superior que representa la voz de lx médicx por sobre la de lx paciente que es quien debe acceder al derecho. La moralidad de lx profesional no puede obstruir derechos y tampoco puede ser presentada como una verdad científica en el espacio de consulta. Esta legitimidad que reviste el discurso médico se torna importante cuando se ve empañada por los valores personales de lxs trabajadores de la salud.

Algo similar sucede con la consigna “a favor de la vida”, en donde como slogan de campaña antiderechos se presenta como un binomio vida/muerte, dejando a lxs profesionales que garantizan la interrupción del embarazo en un posicionamiento que incluso cuestiona la propia profesión. Así se construye una falsa antinomia, en donde la mujer o la persona con capacidad de gestar que solicita una interrupción del embarazo pasa a ser objeto y no sujeto de la práctica que solicita.

El sujeto es encarnado, entonces, por un cúmulo de células depositadas en el útero que en un proceso de formación de 40 semanas podrá vivir sin la presencia del cuerpo que lo porta. Resulta pertinente señalar que el estatus ciudadano de las mujeres y las disidencias gestantes es inferior a dicha proyección de sujeto.

También, es necesario distinguir que la ciencia no define cuando comienza la vida humana, sino que define el comienzo de la vida de cualquier ser viviente: una planta, una bacteria o un animal. La vida humana es una reflexión que corresponde al plano de la filosofía y las ciencias sociales, y por lo tanto es objeto de debate.

“No podés decir a este vamos a abortarlo porque es hijo de un violador” “No podés decir al del violador matémoslo y al otro no”. En el mismo sentido que el slogan “a favor de la vida”, el sujeto aquí lo encarna un proyecto de ser humano y no la persona ya constituida que está exigiendo el derecho. Además, la filiación parental presentada

como “hijo” requiere de un orden relacional con “madre, padre, xadre”, si no hay sujeto aún no se puede hacer esta relación.

Por otra parte, se puede distinguir que el aborto no es el único derecho sexual que presenta este sesgo moral de lxs profesionales. En la siguiente cita, la profesional entrevistada se expresa por la ligadura de trompas, objetando la decisión de las personas sobre su propio cuerpo y sexualidad, a partir de prejuicios relacionados con la edad y la función reproductiva de las mujeres y las disidencias gestantes en la sociedad.

O mujeres, como te digo 20 años 5 chicos, y esa en parte te da bronca. Porque vos decís te damos todo, no sé cómo serán en otros hospitales, pero vienen, ni siquiera tienen que sacar turno, golpean la puerta y dicen vengo a buscar las pastillas, y se las damos... “No no pastillas no, quiero inyecciones” y se las damos, le ponemos el DIU y la ligadura de trompas, que es un extremo, que se termina haciendo porque la mujer lo viene a pedir. Pero tampoco hay necesidad de ligarte las trompas a los 20 años si hay otros métodos anticonceptivos pero no los utilizan, no vienen, no vuelven. No se vino a ligar, pero no vino a buscar las pastillas, no vino a ponerse el DIU... Entonces, si ellas no se preocupan, también (E8).

La anticoncepción quirúrgica es un derecho (Ley 26.130) para todas las personas mayores a 16 años. Lx profesional de la salud no tiene capacidad de juzgar dicha intervención y se da solamente en el marco del consentimiento informado de la persona que los solicita. Este derecho, también continúa siendo vulnerado y aplicado discrecionalmente por lxs médicxs del sistema de salud.

Por último, se destaca la asociación, nuevamente, del embarazo no deseado con la falta de uso de métodos anticonceptivos y de barrera, y, particularmente con las prácticas sexuales adolescentes. “La gran mayoría son adolescentes que tuvieron relaciones y no se cuidaron”.

Yo estoy de acuerdo con la interrupción del embarazo, me parece que está bien, si lo necesita y si es acorde. No me parece que diciéndoles yo todos los métodos que tienen para cuidarse, queden embarazadas y vuelvan, ese es mi problema. Ahí está la cuestión y vienen después a decirme que quieren hacerse un aborto. Ahí ya, vemos la primera vez qué pasa, y vemos el medio y después vos seguís con esa idea, bueno, la derivamos (E5).

En estas afirmaciones que apelan a la responsabilidad personal en una situación de embarazo no deseado subyacen una serie de factores que son omitidos por lxs profesionales de la salud. En principio, se podría afirmar que lxs médicxs son aún más optimistas que los laboratorios con respecto a los métodos anticonceptivos. Ningún laboratorio se atrevería a señalar que los métodos que producen tienen una efectividad del 100%. Asimismo, hay una distancia entre el uso ideal y la efectividad del uso habitual.

Por otra parte, existe una omisión de las condiciones desiguales de acceso a la salud, a las políticas públicas del Estado y a los derechos ciudadanos. Además, se desconoce que muchas mujeres y disidencias aún no pueden tener relaciones sexuales desde el placer ni mucho menos negociar el uso del preservativo. La actual ola de denuncias de distintos tipos de abusos presentes en la sociedad sirve para dimensionar hasta qué punto las relaciones sexuales heterosexuales pueden estar marcadas por una relación desigual entre varones y mujeres y disidencias. A esto se suma, la todavía no efectiva aplicación de la ESI en los establecimientos educativos y las demoras y dificultades que se evidencian en la provisión de métodos anticonceptivos por parte del Estado.

Entonces, ¿Por qué se sigue responsabilizando la individualidad de la mujer o la persona con capacidad de gestar de los embarazos no deseados? Gran parte de esta sentencia reviste prejuicios y valorativas morales que lejos están de la verdad científica.

Frente a todo este panorama desolador, se presenta una estrategia dentro del propio sistema sanitario para garantizar el acceso a ILE: las consejerías de salud sexual.

Hace tres años que estamos con las consejerías de salud sexual en el hospital, que iniciamos con compañeros y compañeras trabajadoras sociales, médicos generalistas y por ahí la rotación de algún rotante de médicas clínicas. Ahora va a rotar una partera, una obstétrica, y bueno es un grupo bastante heterogéneo. El objetivo en común es aportar información para disminución de riesgo y daños. Tiene que ver más que todo con la cuestión del aborto, principalmente (E10).

Está claro que si bien son consejerías en salud sexual, te diría que el 99% de la demanda son mujeres que vienen por una situación de embarazo no deseado (E10).

Lxs profesionales de la salud que trabajan en dichos dispositivos señalan la detección de violencia institucional del sistema sanitario para con las mujeres que buscan garantizar su derecho. Al mismo tiempo, se destaca que lxs profesionales de la salud que se niegan a garantizar este derecho no brindan a las pacientes información pertinente para poder acceder al mismo, constituyéndose en un obstáculo sustancial para dicho cumplimiento, y, además, desoyendo sus deberes profesionales.

Nosotros que estamos trabajando en la consejería, lo que nos pasa es que vienen mujeres que consultaron a ocho médicos y todos le dijeron que no estaban a favor de la interrupción, pero nadie le decía dónde podían ir a informarse. Todos la dejaban a la deriva en la clandestinidad (E10).

En general, esa mujer viene siendo víctima de violencia por el mismo sistema, en algunos casos no, viene de antes. Viven en una familia de contexto de violencia perfectamente, pero muchas veces vienen pasando por situaciones de violencia en el vínculo del sistema de salud con ellos (E11).

Tenés los dos casos, el que no hace nada y el que hace todo lo posible para que no la puedas atender bien, y después hay muy poquitos que son las que atienden (E11).

Aparece, entonces, la percepción del abandono del sistema de salud a las mujeres y las personas con capacidad de gestar que acuden por la interrupción de un embarazo. Frente a esto, lxs profesionales de la salud hacen un llamado reflexivo a sus propixs colegas.

Las contradicciones son a la profesión. A las colegas, decirles qué es lo que realmente nos lleva a no estar pudiendo colaborar con esa situación que es un problema de salud y se mueren. Digo quien tenga la objeción de conciencia real, porque no siempre es real, yo lo respeto totalmente, ahora derivalo a donde le den información a esa mujer, no la dejes en la clandestinidad, a la deriva y vulnerable porque después vienen con el perejil (E10).

Entonces, el aborto se convierte en una práctica voluntaria, pero no para las mujeres y las personas con capacidad de gestar, sino para los profesionales de la salud, que no la registran como una práctica incluida en la oferta sanitaria que deben brindar.

La práctica es voluntaria, la ley no es tan voluntaria. El Estado tiene una responsabilidad de garantía de derechos que va más allá de la atención a la enfermedad. Eso es un concepto que está totalmente desarrollado en el mundo, no es que es nuevo, pero para la medicina sí porque hoy en día la formación del médico no es una formación de salud con enfoque de derechos (E11).

En otro apartado de este Capítulo ya se problematizó la formación médica en las universidades argentinas, en tanto la falta de perspectiva de derechos, de género y de conocimiento acerca de los factores sociales que inciden en los procesos de salud. El problema que presenta esta negación de la atención médica es que estos abortos se concretan en la clandestinidad. Por tanto el abandono del sistema de salud a las mujeres y personas gestantes se traduce en la posibilidad de muerte.

La mayoría de la gente se queda con lo que le dicen en la casa, entonces no van a buscar alternativas. Hay muchos que no acceden, la amplísima mayoría. Se cree que la demanda real es 500.000 abortos por año, que se hacen, casi todos clandestinos, más del 90 %. El Estado hoy está haciendo 5.000 por año, con toda la furia (E11).

Así, el acceso a ILE se convierte en una deuda del Estado.

Es más declarativo que otra cosa porque hoy no podés estar en contra del derecho al aborto seguro, legal y gratuito porque eso lo establece la Organización Mundial de la Salud. De hecho, nosotros tenemos acuerdos firmados, muy importantes, que no podemos desobedecer. Sin embargo, se desobedecen permanentemente entonces estas organizaciones internacionales, que gestionan estos acuerdos, permanentemente nos llaman la atención, nos meten multas económicas. (E11).

Ya se había analizado anteriormente en esta Tesis, la construcción de una colectividad como “factor protector” en términos sanitarios. Aquí, uno de lxs entrevistadxs reflexiona sobre el acceso al aborto de las disidencias:

En general las personas que están en una situación de exclusión por su identidad sexual conocen mucho sobre sus derechos, entonces también conocen sobre su derecho a la interrupción del embarazo, que la mayoría de la gente no conoce. Acceden mucho más porque conocen sus derechos desde antes porque han tenido que pelear por sus derechos para poder vivir, saben desde que son chiquititos que la sociedad no tiene en cuenta sus derechos. Cuando tienen un embarazo averiguan si es que no los dejan hacer un aborto, porque tampoco los dejaban ser varón cuando le decían que tenían que ser nena, entonces es más fácil que encuentren que hay alternativas (E11).

También resulta interesante destacar que en los espacios de acceso a ILE se producen experiencias profundas también dentro el equipo de profesionales que dan curso a las demandas.

Desde que hago las entrevistas en las consejerías de aborto, ese podría decirte que fue uno de los puntos que más pude enfrentarme a cambios, donde pude entender profundamente el derecho a decidir, la libertad, la representación de las mujeres socialmente. Cómo estamos, cómo somos, a qué aspiramos, la maternidad. Me he enfrentado constantemente a esas situaciones, a llegar a la conclusión de que la maternidad también es una elección (E3).

Y con respecto a las mujeres lo que más disfruto es el abrazo de despedida, saber que cumpliste con tu trabajo, que le hizo bien. El abrazo o el saludo. Sobre todo en las situaciones de ILE es un abrazo muy particular cuando ya se resolvió todo, no lo puedo transmitir, pero es sumamente especial (E12).



## CAPÍTULO V

 *Reflexiones finales*

## CAPÍTULO V: Reflexiones finales

### V.1. Consideraciones principales

Esta Tesis doctoral tenía por objetivo analizar la configuración del discurso médico hegemónico en relación a la sexualidad de las mujeres adolescentes. La hipótesis principal sostenía que dicho discurso condicionaba las prácticas de las adolescentes en relación con la sexualidad; y que también se presentaba como verdad científica cuando a su vez respondía a principios morales de la propia subjetividad de lxs médicxs.

En este sentido, la atención médica en salud sexual de las adolescentes se configuraba como un espacio de normalización de las subjetividades, promoviendo ciertas conductas sexuales como “correctas” o “seguras”; contribuyendo así a la configuración de ciertos estereotipos de sexualidad que funcionan como ordenadores de las prácticas sexuales y como límite de las fronteras de lo posible en tanto imaginario social.

Este “deber ser” en sexualidad se encuentra íntimamente relacionado con el ejercicio y el acceso a los derechos sexuales de las mujeres adolescentes, así como con la posibilidad de autonomía de las decisiones sobre su cuerpo, sus deseos y la configuración de sus vínculos sexo-afectivos con otrxs.

Ahora bien, los testimonios recuperados a partir de las entrevistas a lxs profesionales de la salud presentan una polisemia discursiva que por momentos logra articulaciones y, por otros, se ponen en tensión. Esto impulsa una reflexión necesaria sobre el imaginario de un discurso médico hegemónico, no porque se niegue su existencia o importancia al momento de pensar los procesos simbólicos, sino porque esa hegemonía es en tanto nunca logra constituir una totalidad.

Dentro de las regularidades discursivas, se puede reconocer, en primera instancia, la dificultad de caracterizar al sujeto adolescente sin recaer en estigmatizaciones o prejuicios. Lxs médicxs en su mayoría entienden a la adolescencia como un rango etario de la vida que representa ciertas características propias como la irracionalidad, la omnipotencia y la vulnerabilidad. Los efectores de salud abordan a lxs adolescentes a partir de la comprensión de factores de riesgo, es decir que miden el nivel de exposición que esta población tiene con respecto a enfermar.

En este sentido, es necesario que lxs médicxs incorporen en su práctica profesional la idea de que no existe una sola forma de ser adolescente y que las fronteras entre ser o no adolescente son precarias y flexibles. La adolescencia es una configuración histórica que responde a lógicas y sentidos orientados a consagrar un estado de cosas, un orden

determinado -que se presenta como natural-, por el cual el “ser adolescente” engloba ciertos rasgos y marcas de identidad y no otros.

Los modos de representar/se de lxs adolescentes son construcciones sociales que resultan como fijaciones temporales de procesos de disputa en un plano de tensión permanente material y simbólico. Como señala Stuart Hall (2003), las identidades se construyen de modo relacional y se conjugan entre la trayectoria y la constante transformación.

Para ello, el término adolescencias, en plural, propone admitir que ni el presente ni el futuro tienen un solo camino, un solo “modo de ser”. Esto implica abandonar la creencia en la unidireccionalidad de todo proceso social y cultural. Sin embargo, por sobre estas diversas maneras de ser joven existe un principio común que es la generación. Esto significa que las múltiples modalidades del ser joven se relacionan también con procesos históricos, es decir que se desarrollan en espacios sociales concretos, constituidos por actores con diferentes y desiguales relaciones de fuerza y de sentido entre sí (Saintout, 2010).

De esta misma manera, en los testimonios de lxs profesionales se puede reconocer un posicionamiento generacional con respecto a la población que atienden. Esta desigualdad genera un repertorio de mandatos vinculares que contribuye con el posicionamiento tutelar, priorizando la visión de lx profesional por sobre la de lx adolescente. En este marco, el vínculo del efector de salud con la población se representa como un mecanismo de control.

Así, la sexualidad como práctica exploratoria no tiene espacio para desarrollarse. Al mismo tiempo, lxs profesionales de la salud se preguntan cómo es posible que la población a la que atienden les desobedezca; incluso tomando decisiones que ponen en riesgo su propia salud.

Una de las quejas principales en los testimonios de lxs médicxs radica en la baja adherencia que lxs adolescentes tienen con respecto al uso del preservativo y las dificultades que presentan en el uso de métodos anticonceptivos.

Entonces, se vuelve imperioso comprender que estos conflictos no se restringen únicamente al acceso a la información, aunque dicho acceso sea clave para garantizar una base común de derechos. Para poder pensar intervenciones efectivas en salud sexual se debe tener en cuenta la mediación cultural y de poder que existe entre la información y las prácticas sexuales.

Algo similar sucede con la información en salud sexual para lxs profesionales médicxs. Las guías y protocolos de atención están disponibles en la página web del Programa de Salud Sexual nacional, como también las leyes vigentes. Sin embargo, en la práctica profesional no se garantiza un estándar mínimo de atención o procedimiento,

quedando librado a la buena voluntad de lx profesional el acceso a ciertos derechos en materia de salud sexual y (no) reproductiva.

Entonces, la posibilidad de comprender los procesos comunicacionales más allá de la instrumentalidad del “brindar información”, permite construir nuevas preguntas que aborden la complejidad del asunto y que funcionen como piso de la producción de las estrategias comunicacionales en salud sexual.

Es imperante señalar, también, que la lógica de “no cuidado” en salud se encuentra restringida a los métodos anticonceptivos y/o de protección ante las ITS; sin tener en cuenta las múltiples dimensiones posibles vinculadas al cuidado: la conformación de redes vinculares, el conocimiento de sus derechos, la decisión sobre su propio cuerpo, el consentimiento en las relaciones sexuales, la detección de violencias, el reconocimiento del propio placer, etc.

Esto cobra mayor preponderancia frente a la detección que hacen algunxs de lxs profesionales entrevistadx acerca de la desigualdad de acceso al placer según condición sexo-genérica. De acuerdo a lo expresado en los testimonios, esa desigualdad se acentúa en los momentos de iniciación sexual, en los cuales las mujeres encarnan una performance de servicio en privilegio de sus parejas o vínculos sexo-afectivos.

Esto último representó una preocupación en la mayoría de lxs profesionales entrevistadx, que identificaron allí una desprotección de las adolescentes en sus tramas vinculares y una obstrucción a los procesos de autonomía.

Resulta importante remarcar la reiteración del término promiscuidad, utilizado por dos de lxs profesionales entrevistadx para definir riesgos en las prácticas sexuales. El término promiscuidad conlleva en este contexto una valoración negativa que objeta o descalifica el comportamiento sexual de otras personas. Así, lo moral se presenta como un indicador de cuánto puede enfermar sexualmente una persona.

También, dentro de este corpus, existe un intenso juego discursivo que hace anclaje en principios morales en el abordaje del embarazo adolescente. En principio, hay una responsabilización de la mujer adolescente de algo que es considerado como un problema. Esta individualización de la responsabilidad desconoce parámetros sociales y culturales que posibilitan el embarazo adolescente.

Dicha identificación del problema que se realiza en torno al embarazo adolescente, responde a una valoración social negativa en tanto restringe el ingreso al sistema productivo-laboral y, como paso previo, a la escolarización formal completa. Esta asociación causal es sumamente frágil porque, en la mayoría de los casos, estas adolescentes ya estaban por fuera de estos sistemas cuando quedaron embarazadas.

En este sentido, la escolarización funciona como factor protector del embarazo (Gogna, 2005).

También, se puede extraer de los testimonios la pregunta acerca de la maternidad como proyecto de vida posible y deseado por las adolescentes. Muchxs de lxs profesionales dicen no entender las decisiones de las jóvenes con respecto a su proyecto de vida. Lxs médicxs suponen que las adolescentes debería priorizar sus estudios y la posibilidad de conseguir un trabajo mejor; pero ellas en el consultorio presentan al embarazo como algo deseado.

Sin embargo, son las condiciones económicas y sociales en las que viven que establecen condicionamientos estructurales en la proyección subjetiva de lxs adolescentes. El proyecto de la maternidad puede ser concebido como la posibilidad de aferrarse a algo en este mundo de desprotección, hambre y muerte.

Pero, más allá de las motivaciones personales, el desafío de la salud hoy es asumir en la adolescente mujer un sujeto sexuado que puede vivir su sexualidad libremente. El sistema de salud, como parte del Estado, debe garantizar el acceso a sus derechos y la posibilidad de elección sobre los cuidados de su salud y su cuerpo.

En este sentido, el enfoque sobre las mujeres adolescentes marcado por el paternalismo y la percepción de riesgo como control sobre el cuerpo y la sexualidad debe ser abandonado y reemplazado por un marco conceptual que reconozca a las adolescentes como sujetos de derecho y actoras fundamentales de sus propias vidas (Morlachetti, 2007). Solo de esta forma se conseguirá construir un camino de la salud colectiva que valore los placeres de las personas.

Asimismo, es prudente recordar que ningún saber es más valioso que aquel que proviene de las más profundas convicciones, experiencias, deseos e intuiciones en el ejercicio de la propia libertad.

Pese a esto, se debe tener en cuenta que el embarazo no deseado en niñas menores de 15 años, principalmente es producto de situaciones de violencia sexual. Esto representa un grave problema a nivel mundial, que aumenta su tendencia en América Latina, y que se conjuga con la obstaculización de la interrupción legal del embarazo. De allí la importancia de la campaña “Niñas no madres”, que en Argentina cobró mayor visibilidad luego de la circulación de coberturas mediáticas conservadoras que promovían el embarazo de niñas y adolescentes.

De allí, la importancia de que lxs profesionales de la salud estén formadxs con perspectiva de género y puedan detectar e intervenir en situaciones de abuso y violencia que se presentan en el consultorio: un lugar estratégico por la confidencialidad y el acceso al cuerpo.

Por otra parte, uno de los datos que se desprende del análisis es la atención binaria en salud. Durante esta investigación no se relevó ningúnx médicx trans trabajando en un hospital de la provincia de Buenos Aires, lo cual muestra el bajo acceso aún que tiene la población trans a la educación universitaria y a la oferta laboral profesional. Solamente se identificaron dos espacios de atención específicos para disidencias sexo-genéricas, ambos en la ciudad de La Plata. Lxs profesionales que trabajan en estos espacios diferenciados remarcaron las dificultades que atraviesan hacia adentro del hospital, para poder generar procesos de atención transversales con perspectiva de género y derechos.

El resto de los servicios abordados en esta investigación dieron cuenta de su baja relación con la comunidad LGTTBIQ+, así como el gran desafío que esto les representa por la falta de formación social de lxs profesionales que atienden allí.

La medicina es uno de los pilares estructurales de la clasificación binaria del cuerpo. Por este motivo, ocupa un lugar privilegiado en la producción de subjetividades, desarrollando procesos de normalización social. En este contexto histórico-político, esas reglas están siendo fuertemente cuestionadas; pero, además, los efectores de salud deben todavía reestructurar sus servicios para poder dar cauce a las nuevas legislaciones en materia de género.

Sin embargo, se puede desatacar una valoración positiva del movimiento de mujeres y disidencias ya que los procesos colectivos de organización social son interpretados por lxs médicxs como “factores protectores” en el sentido que funcionan como marco común de circulación de información confiable y que, en consecuencia, mejoran el acceso de las personas en el acceso a los derechos sexuales y (no) reproductivo. Asimismo, la organización permite que la demanda colectiva pueda tener más incidencia en los servicios de salud que las acciones esporádicas e individuales.

Por otra parte, es pertinente destacar que el aborto como tema apareció normalmente vinculado a la pregunta acerca de los propios valores de lxs profesionales de la salud, y cómo estos se ponen en tensión o no con las demandas de lxs pacientes. Así se encontraron discursos del orden moral en contra del aborto que muestran un profundo desconocimiento de la normativa en materia de interrupción del embarazo en Argentina y que evidencian el insuficiente cumplimiento de este derecho en los servicios de salud.

Es significativo que lxs profesionales del interior de la provincia hayan mostrado mayor resistencia a garantizar servicios ILE, teniendo en cuenta que en dos de los tres testimonios recolectados en Salto y Pergamino, el aborto no fue considerado un derecho, ni siquiera aun en las causales que se encuentran vigentes en Argentina desde 1921.

También se identificaron redes de profesionales comprometidxs en el tema, que llevan adelante espacios de consejerías en salud sexual en los hospitales. Sin embargo, estos espacios conforman una minoría en el tejido sanitario provincial y en varias oportunidades se encuentran con tensiones políticas y falta de recursos para poder llevar adelante este tipo de servicios.

En este sentido, es necesario que el aborto sea reconocido dentro de la oferta de servicios en salud sexual como práctica profesional. Es un deber de lxs profesionales, como tantos otros en materia de salud, por lo que resulta indispensable incorporar a las currículas universitarias el aborto como evento obstétrico pero también como derecho humano, social y ciudadano de las personas con capacidad de gestar.

Este trabajo se proponía comprender los procesos que se desarrollan en los espacios de atención sanitaria a adolescentes. En este sentido, se pone de manifiesto que cada encuentro que tiene lx profesional de la salud con lx joven es un momento formativo. El vínculo médicx-usuarix del sistema de salud reviste una relación pedagógica, que en las juventudes se puede ver con más claridad por el “mandato generacional” que la enseñanza tiene.

Esto se debe a que en el espacio de consulta se ponen en circulación y se legitiman ciertos saberes, se genera un intercambio y se espera que esos saberes generen un comportamiento específico en lx paciente. Es en esa relación pedagógica que se encuentra la posibilidad de generar movimientos que permitan transformaciones, aunque paulatinas, en el sistema de salud. Rita Segato, en su último libro *Contra-pedagogías de la crueldad*, señala: “La estructura de personalidad de tipo psicopático, no vincular, defectiva en lo que respecta a emociones y sentimientos, es la personalidad modal de nuestra época por su funcionalidad a la fase actual extrema del proyecto histórico del capital: la relación entre personas vaciada y transformada en una relación entre funciones, utilidades e intereses” (2018: 14-15).

Frente a esta pedagogía de dominación, Segato propone generar una contra-pedagogía de la crueldad porque “solamente un mundo vincular y comunitario pone límites a la cosificación de la vida” (2018:18). Retomando esto, se puede reflexionar en clave de una pedagogía liberadora en salud: en tanto que reconoce saberes colectivos, prioriza el vínculo por sobre la utilidad y pone el foco en el proceso más que en el resultado.

La pedagogía liberadora no busca generar una unidimensionalidad que reemplace al actual estado de las cosas, sino que proyecta procesos de transformación y organización colectiva. De allí, la necesidad de la implementación de esta pedagogía en las consultas de salud sexual y en la aplicación de la Ley de Educación Sexual Integral en el ámbito educativo. Esta última demanda ocupó un lugar importante en los

testimonios de lxs profesionales entrevistadxs. Así, la articulación salud-educación se vuelve imperiosa al momento de pensar el acceso de lxs jóvenes a sus derechos.

Esto resulta un aporte fundamental para la detección de mitos que se construyen en torno a las sexualidades e identidades en clave de rol social, capacidades y posibilidades de “ser”. Los mitos funcionan como obstructores de procesos de autonomía y de acceso a derechos, ya que las decisiones que se toman, siempre se encuentran condicionadas por el umbral de sensibilidad acerca de los temas y por la información que se dispone para poder tomarlas.

Esto mitos operan en lo relativo a la salud sexual, los cuidados con métodos y los desarrollos que atraviesan en salud lxs adolescentes. Recientemente, Soledad Deza, abogada e integrante de la Campaña por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito, en conjunto con Adriana Álvarez, publicaron un artículo (2019) en donde problematizan el hecho de que los servicios de salud aplican un consentimiento informado para acceder a la interrupción del embarazo, pero no para dar continuidad al mismo. ¿No existen riesgos sanitarios en el desarrollo de un embarazo? ¿Por qué se aplica a unas prácticas y no a otras? Estas preguntas intentan destacar lo relativo que puede ser el acceso a información en materia de salud sexual.

Por este motivo, es importante que lxs profesionales de la salud intenten atenuar el sesgo informativo en el espacio de consulta, puedan generar momentos de escucha activa y respetar la decisión de las personas que acuden a dichos servicios de salud.

Teniendo en cuenta los resultados principales aquí presentados, a continuación se proponen líneas de intervención para mejorar el acceso a la salud sexual de lxs adolescentes, que tienda a generar procesos de emancipación y soberanía en salud con perspectiva de derechos.

## **V.2 Líneas de intervención**

### **V.2.1. Adolescentes y sexualidades: hacia una pedagogía liberadora**

A partir de la investigación realizada, lo que se propone es comprender a la atención en salud sexual desde tres epicentros epistemológicos desde donde pensar su aplicación en el contexto actual:

*-La atención-educación en salud sexual debe ser abordada desde una perspectiva feminista.*

Como ya se señaló anteriormente, el vínculo médicx-usuarix reviste una relación pedagógica. En este marco, lo que sucede dentro de la consulta tiene un valor sustancial en el funcionamiento de la vida cotidiana de lxs adolescente que va a

consultar. Para ello, existen una serie de recursos que lxs profesionales de la salud ya tienen destinados para este tipo de intervenciones en salud: folleterías, manuales, videos, etc.

Sin embargo, los recursos y contenidos que se encuentran diseñados por los programas de aplicación y los que efectivamente se están utilizando en los consultorios y en las escuelas, no garantizan un enfoque integral de las demandas en salud sexual. Los materiales pueden ser interpretados e intervenidos desde múltiples posicionamientos y dificultar así la actitud exploratoria que implica la pedagogía sexual en clave feminista. Por ello, la importancia de la propia formación de lxs profesionales que brindan atención en los servicios de salud pública.

La pedagogía sexual busca dar respuesta a demandas sociales desde la posibilidad de generar espacios colectivos en clave reflexiva sobre información segura y confiable. Para ello, esta implementación prioriza ciertas fuentes de información que son respaldadas por organismos rectores de la salud, organizaciones sociales y comunitarias que trabajan esta problemática en el territorio y espacios de organización feminista.

Sin embargo, la plena implementación de la salud sexual y la ESI también busca generar procesos únicos, en donde cada experiencia sea un momento de transformación individual y colectiva. El tratamiento de este tipo de temas no debe obstruir procesos de construcción, encasillarlos y explicarlos desde un paradigma positivista, sino que debe permitirse el aprendizaje colectivo en donde el saber es un bien común que recupera las trayectorias de las personas.

De allí la importancia de pensar en pedagogías que incorporen al cuerpo sexuado. En la historia de la humanidad, el solapamiento del hombre con el neutro ha permitido formas de ordenamiento social desiguales e injustas. Esta presentación hombre-sujeto universal en el anclaje ontológico de nuestras sociedades es la misma matriz que configura los modos de vincularse con lo diferente y que devalúa a la experiencia como método cognitivo por debajo del pensamiento. En la estructura patriarcal, el lugar de la razón fue guardada para las masculinidades hegemónicas y las identidades sexo-genéricas subalternas fueron condenadas a las debilidades de la humanidad: el pensar frente al sentir.

Una pedagogía sexuada permite revalorizar el sentir y la experiencia como formas de construcción de conocimiento colectivo, emancipador y organizativo. Allí, los saberes no científicos-académicos son también reconocidos, puestos en valor y articulados en la producción común, donde conviven las creencias, los rituales y las tradiciones.

El horizonte, entonces, no se ubica en el combatir eso que el sujeto fue antes de acercarse al espacio de atención en salud sexual, sino que esas experiencias y saberes previos puedan ser deconstruidos y rearmados con nuevas tramas colectivas que

apunten a generar procesos emancipadores. En este sentido, los procesos nunca son percibidos de igual manera por las personas, de allí la necesidad de que los espacios de atención en salud sexual no resulten expulsivos para lxs usuarixs, en donde el “deber ser” se torne en un mandato de una única forma de ser en libertad. Esa libertad solo es posible en la diferencia.

El objetivo de la pedagogía sexual en clave liberadora es generar un aporte en el corrimiento de la producción de subjetividades funcionales a un orden social que las condiciona, incluso, en la proyección de vida individual y las prepara para un mundo con lógicas capitalistas y patriarcales. Estos mecanismos habilitan así ciertos discursos, cuerpos e intervenciones en el espacio social y marginan lo disidente.

Esto se puede relacionar, por ejemplo, con el concepto de “promiscuidad” utilizado por lxs profesionales como un indicador sanitario: hay conductas esperables y conductas riesgosas. Sin embargo la monogamia resulta un mandato cultural que nada tiene que ver con los cuidados en salud sexual: en el contexto de pareja estable se pueden contraer ITS, tener situaciones de violencia, violación y sometimiento. La monogamia entonces no reviste un “factor protector” en materia de salud sexual. Lo que ocurre aquí es un prejuicio, que anclado en preceptos morales, se expande como saber legítimo y tiende a normalizar la vida de las personas.

El propósito de la pedagogía que aquí se propone es abandonar esa idea de normalización subjetiva para abordar a los procesos de transformación como un fin incierto. Comprender que la sexualidad, al estar íntimamente ligada con los procesos identitarios, presenta una impronta exploratoria, que no anula la experiencia, pero que nunca reviste una fijación absoluta e inexorable. Tanto la sexualidad como la identidad son procesos que se dan durante toda la vida, no solo en la adolescencia.

Entonces, lo relevante es enfocarse en generar procesos y no en querer controlarlos. El fin se corre de la meta y la propia experiencia es la que se valora en sus múltiples dimensiones y lo que de ellas pueda devenir. Esto implica también comprender los límites de la propia mirada y habilitar la construcción colectiva con lo propio y con lo ajeno. Dar lugar al deseo.

Para ello, se vuelve imperioso que lxs médicxs reconozcan su lugar de privilegio en el vínculo pedagógico que se da dentro del consultorio, en tanto voz legítima y fuente de información clave para la toma de decisiones en salud. Resulta clave el reconocimiento acerca del sesgo informativo que hacen algunxs profesionalxs entrevistados, en su mayoría aquellxs que trabajan en espacios de consejerías en salud sexual.

El sesgo informativo, aunque muchas veces es utilizado de forma intencional y maliciosa, no depende exclusivamente de la voluntad del profesional, sino que es inherente a los procesos de comunicación. De allí, la necesidad de la constante revisión de la información que se brinda, la amplitud que debe abordar, y la vigilancia

constante en los modos de presentación de dicha información. La toma de decisiones en salud se encuentra íntimamente relacionada con la información que brindan lxs médicxs a lxs pacientes.

En este sentido, se recupera la importancia de identificar los movimientos antiderechos, presentes en el entramado sanitario y educativo. Estos grupos conservadores ejercen presión sobre lxs tomadorxs de decisiones y persiguen a lxs profesionales. Un ejemplo de esto es lo que señala la investigadora argentina Gabriela Irrazabal “la presencia de agentes religiosos expertos en bioética como una estrategia para influenciar los espacios públicos de la Iglesia Católica en la Argentina” (2015: 735).

Desde la denuncia de la “ideología de género”, estos movimientos esconden su propia ideología. Como ya se señaló, lo neutro en las sociedades occidentales en las que nos desarrollamos ha sido solapado con lo androcéntrico. Las neutralidades brindan seguridad en tanto legitimación social, pero no responden a procesos emancipatorios. Se trata entonces de reconocer que incluso en el no-posicionamiento existe un posicionamiento solapado con el orden social en el sentido común.

Los movimientos conservadores que se atrincheran en la puerta de los hospitales para obstruir un ILE, o en las escuelas con el reconocido grupo “Con mis hijos no te metas”, presentan una ideología tutelar de sus propixs hijxs como bienes personales. En Argentina hace ya más de 14 años que el paradigma del Patronato ha sido abandonado por las graves obstrucciones a los derechos civiles, sociales, culturales y humanos que ejerce sobre las adolescencias y niñeces. Estos sectores conservadores se basan en la construcción de una relación propietaria sobre lxs hijxs, concibiéndolos como objetos y habilitando vínculos de dominación. Allí la pedagogía liberadora no tiene espacio para crecer.

En este mismo sentido, es fundamental reconocer la amplitud de la incorporación de la perspectiva de género en los espacios de atención en salud sexual. Esto representa una doble funcionalidad: por un lado, se reconoce como un espacio estratégico para la detección de violencias, y a partir de esa misma función, se construye como un dispositivo de construcción de espacios seguros para toda la comunidad sanitaria.

Existen muchísimos relatos que se sostienen en base a mitos, que exceden simplemente los cuidados sexuales y que operan fuertemente en la construcción de las sexualidades. Por ejemplo, el mito del amor romántico, que se constituye como un patrón desde el cual evaluar las conductas nocivas en noviazgos, vínculos familiares y de amistades.

Es necesario, entonces, pensar a la perspectiva de género en los espacios de salud sexual y ESI como un dispositivo frente a las múltiples violencias a las que estamos expuestas las mujeres y disidencias sexo-genéricas: cifras anuales de feminicidios que no disminuyen, reconocimiento de delitos sexuales como el abuso y las violaciones en

múltiples espacios de desarrollo personal y profesional, y la continua desaparición de mujeres para la trata de personas y la explotación sexual.

Como se mostró en el análisis, las violencias y los temas “silenciados” socialmente se habilitan en el espacio de consulta solamente a partir del umbral de percepción de lxs profesionales y de la escucha atenta. En este sentido, la escuela y el consultorio son dos espacios estratégicos para desactivar la violencia a tiempo: el acceso al cuerpo, las huellas, las marcas, la confidencialidad, la legitimidad de lxs interlocutores que existen en el espacio y la cotidianidad, hacen de estos territorios privilegiados.

Esta posibilidad de percepción de violencias a su vez habilita la identificación de prácticas y modos de circulación institucional que mantienen un orden hacia adentro de los espacios laborales y que contribuyen a la promoción de la violencia. La única manera de que la comunidad sanitaria empiece a mostrar sensibilidad en el tema es que se capacite y amplíe el umbral. Entonces, la pedagogía sexual feminista no solo se configura como un deber del profesional sino como el propio derecho que tienen lxs trabajadorxs de salud de habitar espacios laborales sin discriminación de género y libre de violencias.

*-La atención en salud sexual requiere del trabajo en red.*

Este tipo de rupturas con lógicas dominantes son muy complejas como para poder ser desarticuladas en soledad y requieren de la organización de un grupo de personas que puedan generar incidencia. Así, el trabajo en red puede ser abordado de manera institucional, generando intercambios y participación con diferentes servicios y sectores hacia adentro de los espacios de trabajo en los hospitales y centros de salud. Al mismo tiempo, el trabajo en red implica la necesidad de recuperar experiencias previas, reconociendo ventajas y dificultades en cada proceso.

En este sentido, se han identificado redes de profesionales que funcionan como soporte de la práctica profesional que generalmente se da en un marco de individualidad con lxs pacientes.

El trabajo en red en la actualidad puede tomar múltiples dimensiones y modos de organización. En las entrevistas se identificaron espacios ya institucionalizados y con jerarquías, así como la creación de grupos de Whatsapp entre profesionales que garantizan prácticas como las consejerías en salud sexual en la región del gran La Plata. No hay un único modo de organizarse y generar transformaciones, tampoco hay un único espacio de participación. En este sentido, lxs profesionales han dado testimonio de su participación en varios y diversos espacios, más o menos estructurados.

En el trabajo en red, aparece también la importancia de los espacios de organización sindical, ya que resultan fundamentales para impulsar transformaciones hacia dentro del colectivo en el que se inscriben lxs profesionales. Esto recupera la noción que lxs

profesionales de la salud tienen acerca de la organización colectiva como “factores protectores” frente a los riesgos. Frente a la posibilidad de sanciones, despidos o, incluso, en la atención de situaciones críticas, la organización sindical brinda un apoyo necesario.

*-La salud sexual adolescente no puede ser pensada por fuera del contexto político y programático de la salud, ni de un entramado de políticas públicas.*

La degradación del Ministerio de Salud a Secretaría de Gobierno, las precarias condiciones laborales de los equipos de salud, el pluriempleo de lxs trabajadorxs, la falta de estímulo de lxs profesionales en sus espacios de trabajo, la carencia de recursos para la atención sanitaria, generan una obstrucción en el acceso a derechos.

De igual manera, los altos índices de pobreza, el incremento de la violencia y el desmantelamiento de las políticas públicas del Estado, impactan en la complejidad de las situaciones que se presentan en los consultorios, y al no poder brindar respuestas, los servicios se vuelven cada vez más expulsivos. En este sentido, se destaca que no alcanza con el posicionamiento ideológico, o la intencionalidad de compromiso de quienes gestionan el Estado, sino que se requiere también la asignación de presupuesto para la implementación de las políticas públicas.

Estas condiciones afectan la subjetividad de lxs profesionales de la salud, sus deseos y su actitud en el propio espacio de consulta. Una subjetividad que no se cree capaz de transformar el espacio en el que se desarrolla está condenada a la aceptación, incluso cuando valore negativamente las reglas que organizan el espacio. Así los sujetos son posicionados como objetos de un orden que no controlan y sobre el cual sienten que no tienen capacidad de acción. En este contexto se prioriza la queja individual por sobre la actitud colectiva de organización para incidir en los procesos de transformación.

En este sentido, tanto la formación profesional como la atención en salud requieren de la perspectiva de derechos. La violencia institucional, solamente será puesta en cuestión cuando dicha perspectiva se incorpore a los servicios.

### **V.2.2. Trabajo vivo en salud y comunicación**

Cuando se hace referencia a la pedagogía liberadora, aparece una pregunta por lo vincular en donde siempre habita la otredad, que es la contracara relacional de la propia identidad. La otredad se ha configurado siempre como una dificultad para cualquier sistema de ideas, visión de mundo o interés político. En el campo de la salud está presente esta dificultad en la cotidianidad, ya que se encuentra obligado a trabajar con la otredad, a enfrentarse a ella, a interpellarla, a entenderla o a moldearla. Es la otredad la que toca la puerta del consultorio médico, enferma y muere por las condiciones cotidianas de exclusión.

Esa otredad siempre da miedo, porque para que pueda establecerse una relación, se requiere un reconocimiento de igualdad en plena diferencia. Lxs adolescentes son unxs de esxs otrxs temidxs en el campo de la salud, pero aún más temidxs en el ejercicio de políticas públicas. Son un actor comúnmente excluido de la toma de decisiones sobre sus propios derechos y servicios del Estado; siendo el sistema de salud -público y privado- a nivel mundial un espacio completamente adultocéntrico.

Ahora bien, a partir de la investigación realizada, se identificó que el trabajo en salud con la población adolescente es un terreno en el cual predominan las características relacionales en detrimento de las tecnologías duras, como podrían ser los equipamientos y saberes biomédicos estructurados.

En ese espacio privado de la consulta, en donde ocurre la relación intersubjetiva entre trabajadorx y usuarix, “se construye y re-construye la libertad de hacer las cosas de manera que produzcan sentido, al menos para los trabajadores, pero preferentemente para las dos partes” (Merhy, 2006:151).

Entonces, resulta indispensable comprender las configuraciones de sentidos presentes en el intercambio médicx-usuarix, haciendo foco también en los profesionales y entendiendo que ese entramado discursivo ocupa un lugar fundamental al momento de la construcción de vincularidad que se pone en juego en cada consulta. Es decir, que en la propia conceptualización que lxs médicxs realizan acerca de su propio trabajo con la población adolescente, se encuentra una de las claves centrales para pensar el vínculo del sistema de salud con la población. Desde esto último, las posibilidades de pensar estrategias para el acceso se multiplican y se corren del lugar de vigilancia o control.

En esta instancia, se da lugar a una pregunta compleja: ¿Cuándo efectivamente podemos hablar de encuentro? ¿Que haya dos cuerpos en el mismo espacio físico es condición suficiente para que se produzca un encuentro? Quizás la vincularidad pueda ser comprendida como oleajes de encuentro/desencuentro, momentos de articulación y de ruptura.

Este movimiento constante hace dificultosa la planificación en salud, por lo que resulta imperioso abandonar las planificaciones normativas basadas en la premisa causa-efecto. Entonces, se requiere ir a modelos flexibles de planificación y de continua revisión y evaluación. Los mecanismos de evaluación de las políticas públicas aún se presentan como una dificultad. Sería importante indagar acerca de los procesos de institucionalización y burocratización dentro de la estructura del Estado, para poder generar mecanismos de control de los brazos ejecutores del Gobierno. Por otra parte, el control ciudadano puede contribuir positivamente a que los servicios de salud respondan de manera adecuada a las necesidades de la población usuaria.

Desde aquí se proponen algunas líneas de reflexión-acción para el abordaje de los servicios en salud sexual:

*-El encuentro representa un momento clave para la transformación de prácticas en salud.*

Las pedagogías de la dominación tienen un epicentro pero se expanden de manera capilar. Esto genera una gran dificultad al momento de pensar estrategias de intervención. Retomando la discusión filosófica de Hanna Arendt a Kant acerca del mal banal y el mal radical, aquí se propone conceptualizar a la producción de subjetividades sociales como un marco complejo presente en múltiples dimensiones de la vida cotidiana.

Luchar contra esas producciones utilitarias de la humanidad requiere de la detección de un otro antagónico, pero también de los procesos inter e intrasubjetivos que habilitan unos proyectos de realización en este contexto histórico. Así la propiedad privada, los vínculos utilitarios, la baja sensibilidad humana, responden a lógicas de época que no se encuentran radicadas solamente en el antagónico, sino también en la experiencia propia.

Allí, el momento del encuentro representa la posibilidad de fuga. Es en esa precariedad de lo incontrolable que radica también la posibilidad de transformación. En este sentido, la normatividad tiene un límite que es el propio sujeto. Ser sujeto implica estar todo el tiempo en movimiento, es decir, haciéndose sujeto. Hay un momento de decisión que es intransferible e incierto. Es en ese momento que la pedagogía liberadora toma cuerpo, en tanto contexto simbólico para la comprensión y el abordaje del encuentro. Por ello, la importancia de la organización colectiva para poder generar marcos comunes de sentido.

Sin embargo, es necesario reconocer que el encuentro en salud se da bajo el presupuesto de una relación asimétrica de poder/saber. Se consulta porque se demanda un saber. Esto representa un conflicto también para lx profesional, porque está interpeladx a dar una respuesta ante situaciones complejas, con una precariedad de recursos y saberes.

Ahora bien, el foco de la transformación está puesto en el lugar desde el cual lx profesional va a responder a esa demanda. Esto implica que lx profesional tenga que poder hacer un registro propio situado en su espacio laboral, es decir, que reconozca su posición política-ideológica como también su lugar de privilegio en ese vínculo. Ese reconocimiento implica comprender que desde la relación médicx-paciente se puede ejercer violencia y obstruir el acceso a derechos. De allí, la necesidad de estar en constante vigilancia y sospecha de sí mismx y de respetar siempre la decisión del otrx, incluso en los momentos que atentan contra el pensamiento propio. Esto implica construir un nuevo entramado ético de vínculos de no-dominio.

*-Es fundamental priorizar la escucha activa en los espacios de atención en salud sexual.*

Como posición epistemológica y como herramienta para la intervención situacional, la escucha se vuelve una actitud activa central para el desarrollo de procesos en salud, ya que permite combatir a los pre-supuestos y favorece el reconocimiento de la voluntad de poder de quien consulta.

Como se señaló anteriormente, el vínculo médico-usuario reviste una relación pedagógica, en este sentido, lo que se propone es intentar comprender qué es lo que está demandando el otro y otorgarle un valor más allá de las creencias personales del médico. Para ello, es necesario abandonar el pensamiento técnico-instrumental en salud en donde existe un único método de aplicación que se repite en serie desubjetivando a la persona. El trabajo en salud es un trabajo artesanal, por lo cual, los límites son difusos y no se puede anular la contingencia. No hay una fórmula para sostener estos vínculos entre los médicos y usuarios de salud, porque no hay una fórmula que pueda ser aplicada a lo social.

La escucha atenta solo puede darse en marcos de atención integral, en donde pueda ser destinado un tiempo significativo para cada consulta. La atención fragmentada en salud, las condiciones de sobresaturación de algunos efectores y la falta de recursos son obstáculos para que pueda darse dicha intervención. La multiplicidad y simultaneidad de tareas, restringe la capacidad vinculatoria entre los profesionales y los usuarios.

En este sentido, las intervenciones en salud deben reconocer el entusiasmo del personal médico con respecto a su propia labor. En las entrevistas realizadas se distingue que los profesionales de la salud quieren estar en sus lugares de trabajo, pero se sienten combatidos y agotados. Algunos creen en sus capacidades para transformar este panorama desalentador y otros no.

*- Se deben promover espacios de atención diferenciada para los adolescentes.*

Si bien no se debe perder de vista el horizonte de políticas públicas transversales, se evidencia una clara diferencia en los servicios y calidad de atención que brindan los espacios diferenciados para adolescentes y los que no.

Los espacios diferenciados permiten que los profesionales puedan trabajar de manera interdisciplinaria y se formen en la materia. Además de la atención a demanda, los servicios diferenciados se dan estrategias de acercamiento a la población como la realización de talleres, murales o actividades colectivas. En este sentido, se reconoce una actitud activa, frente al cotidiano pasivo de la atención en salud que no sale a buscar a la población, sino que espera que se presente en la puerta del consultorio.

Estos espacios han sido valorados positivamente por lxs profesionales de la salud, en relación al resto de los servicios que brindan los hospitales, en tanto que la atención integral permite una práctica profesional con perspectiva de derecho. Son espacios que conocen a sus pacientes, llevan un seguimiento de sus historias clínicas y se reúnen periódicamente para realizar evaluaciones y propuestas de intervenciones interdisciplinarias.

Asimismo, lxs médicxs que trabajan en estos espacios se sienten más contenidxs en la estructura sanitaria, conforman equipos de trabajo y pueden dar mayor respuesta a las situaciones que se le presentan en la consulta. Esto es importante teniendo en cuenta que el pluriempleo en salud y las condiciones de trabajo normalmente atentan contra la conformación de equipos sanitarios, propiciando intervenciones individuales que atienden la urgencia.

En el análisis del corpus se señaló que el umbral de percepción de lxs profesionales de la salud permite reconocer situaciones críticas que atraviesan lxs usuarixs, por lo que la demanda se amplía y así la oferta de servicio. Es decir, las situaciones de violencia y abuso sexual, el acceso a la interrupción legal del embarazo, la detección de situaciones de abandono y vulnerabilidad se dan en tanto el espacio de atención amplíe la escucha y sea receptivo con la demanda, de allí la importancia de profesionales formadxs que trabajen en espacios diferenciados.

*-Es necesario ampliar la visión instrumental de la comunicación en salud hacia una mirada que contemple procesos.*

Ante la dislocación de la salud como materia exclusiva de la medicina, la comunicación se presenta como un eje clave en la articulación y organización de las prácticas sociales. Por eso es necesario generar una ampliación en las estrategias de Gobierno para que la comunicación no se estanque en su sentido restringido y se torne solamente un área institucional que se encarga de hacer campañas, folletería y seguimiento de prensa. La comunicación también constituye un valor en tanto producción de sentidos sociales y, por lo tanto, de conocimiento, porque la acción comunicativa es un hecho ético, es decir, político no-instrumental (Schmucler, 1984:7).

Así, la comunicación es indispensable para promover el encuentro en salud, ya que posibilita la articulación como práctica de transformación de los sujetos que allí intervienen (Laclau, 2010).

Entonces, la comunicación se vuelve primordial en el momento estratégico de la planificación del proyecto de Gobierno. Este momento, según Carlos Matus (1992), comprende el cálculo entre el debe ser y el puede ser; es decir, entre la proyección del deseo del sujeto y las capacidades de acción con respecto al mismo. En este sentido, el momento estratégico consiste en la construcción de viabilidad de un programa direccional de Gobierno.

Esto significa que las carteras sanitarias nacionales y provinciales deben analizar su capacidad de decisión sobre la transformación de situación inicial, la capacidad operacional para intervenir sobre ella, y de permanencia, para que las transformaciones que hayan surgido de la intervención tengan una estabilidad en el tiempo (Matus, 1992). En este sentido, en el momento estratégico se trata de medir el poder político, los recursos económicos y las capacidades organizativas, y de acumulación durante el proceso de implementación del proyecto.

Por eso, la estrategia implica siempre la posibilidad de pensar en clave de escenarios en donde se deben contemplar también las acciones de otros actores sociales que no necesariamente comparten el “debe ser” del sujeto en situación. Estos actores pueden ser indiferentes al programa direccional o, también, obstructores de dicho programa. De allí la importancia de la comunicación, en tanto articulación de sentidos sociales y posibilidad de encuentro con la otredad.

Así, los escenarios son proyecciones que intentan generar diferentes predicciones en cuanto al accionar del resto de los actores sociales. Consisten en comprender que el sujeto en situación no es el único que toma decisiones y acciones respecto a la situación inicial.

En el campo de la salud, la comunicación se ha utilizado como un medio para controlar las conductas colectivas e individuales. Sin embargo, el análisis de los procesos y prácticas comunicacionales, en tanto producción de sentidos sociales, se da en un marco relacional de poder, tensiones y conflicto. Entonces, los contextos colectivos sirven de escenario para las configuraciones de creencias respecto de la salud, de la ciencia y del vínculo que se establece con ellas.

Es por ello que la información no basta para cambiar hábitos de las personas. Por eso es necesario trabajar sobre ciertos sentidos que configuran modos, imaginarios y prácticas sociales.

Sumado a esto, resulta indispensable abordar las múltiples dimensiones de accesibilidad a la salud, a los métodos y a la atención médica, para que esto sea factible. Aquí se trata de poner en relieve la configuración discursiva que opera sobre esa accesibilidad, incluso, en el marco de las desigualdades económicas. El lenguaje, los saberes y las presunciones presentes en los intercambios simbólico-culturales son parte y contraparte de las realidades materiales.

En este sentido, la comunicación es parte constitutiva del encuentro con lx otrx, que requiere marcos de comprensión éticos para que esa relación se configure como una pedagogía liberadora.

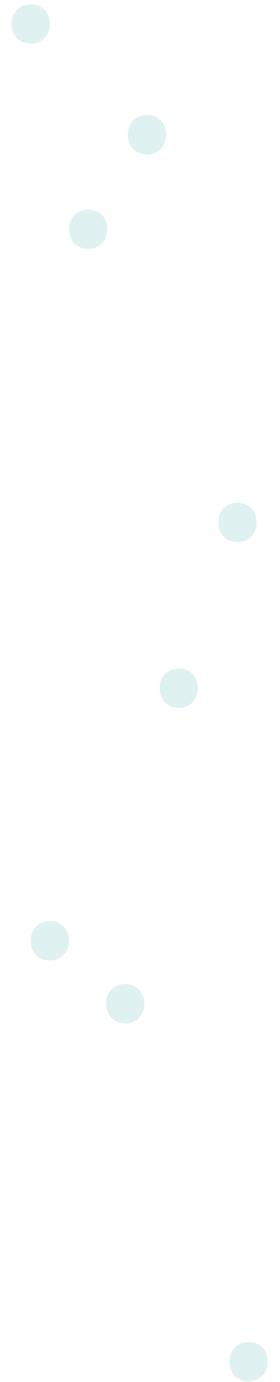
Ahora bien, resulta necesario asumir que la transformación se puede dar de forma radical con estrategias incisivas o, también, de una manera paulatina, compleja, con

marchas y contramarchas. Esta reflexión propone pensar que la transformación se configura a partir de pequeños movimientos que habilitan nuevos sentidos, nuevas prácticas. En ese marco, todxs tenemos algo que aportar a este proceso.

Este sentido refractario de la comunicación para la transformación debe reconocer también que los procesos de organización posibilitan un marco común para la direccionalidad de dichos cambios, así como para la generación de un impacto. Porque, además, es necesario comprender que la propia condición de subalternidad no genera necesariamente sujetos de la transformación. En este sentido, por más que el encuentro se dé en la precariedad de lo impredecible, la organización es la forma colectiva de generar procesos que restrinjan lo límites de acción posible en un marco ético.



## *Referencias bibliográficas*



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACKERKNECHT, E (1948). *Hygiene in France, 1815-1848. Bulletin of the History of Medicine*, 1(22): 117. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

AÇÃO EDUCATIVA et al. (2002). *Adolescência. Escolaridade, profissionalização e renda. Propostas de políticas públicas para adolescentes de baixa escolaridades e baixa renda*. San Pablo: Ação Educativa.

ADAZKO A (2005). Perspectivas socio-antropológicas sobre la adolescencia, la juventud y el embarazo en Gogna Estado del arte. Investigación sobre sexualidad y derechos en la argentina (1990-2002) CAP II. Buenos Aires: CEDES.

AGAMBEN G (2018). El uso de los cuerpos. *Homo Sacer*. 1(4): 2. Valencia: Pre-Textos.

ALMEIDA FILHO ND, CASTIEL LD & AYRES JR (2009). Riesgo: concepto básico de la epidemiología. *Salud Colectiva*, 5(3):323-344. Lanús: ISCO.

ALMEIDA FILHO ND & ROUQUAYROL MZ (2008). *Introducción a la Epidemiología*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

ALMEIDA FILHO N (1992). *Epidemiología sin números. Serie Paltex para ejecutores de programas de salud N°28*. Washington: PAHO.

AMORÓS C (1987). A vueltas con el problema de los universales: Guillerminas, Roselinas y Abelardas en Actas del II Congreso Hispano-Mexicano de Filosofía Moral y Política. Mexico-Madrid: UNAM-CSIC.

\_\_\_\_\_ (2017). Entrevista publicada en Youtube. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=20nm8SzbA60>

ARAUJO GONZÁLEZ R (2015). Vulnerabilidad y riesgo en salud: ¿Dos conceptos concomitantes? *Revista Novedades en Población*, 11(21), 89-96. La Habana: Editorial UH.

AYRES JR (2002). *Epidemiologia, promoção da saúde e o paradoxo do risco*. Revista Brasileira de Epidemiologia. 5 (1): 28-42.

AYRES JR et al (1998). Vulnerabilidade do adolescente ao HIV/AIDS. En el *Seminário gravidez na adolescência*. 1(1):97-109. Río de Janeiro: Associação Saúde da Família.

BAJOIT G (2003). *Todo cambia. Análisis sociológico del cambio social y cultural en las sociedades contemporáneas*. Santiago: LOM Ediciones.

BALARDINI S (1999). Políticas de juventud: conceptos y la experiencia Argentina. Revista Última Década. 7(10): s/n. Santiago: CIDPA Ediciones.

BARRANCOS D (2012). Mujeres en la sociedad argentina: una historia de cinco siglos. Buenos Aires: Sudamericana.

BEAUVOIR S (1987). El segundo sexo. Los hechos y los mitos. Buenos Aires: Ediciones.

BECK U (1998). La Sociedad de riesgo. Hacia una nueva modernidad. Buenos Aires: Paidós.

BENDIT R (2004). La modernización de la juventud y modelos de políticas de juventud en Europa, en Construcción de Políticas de Juventud: Análisis y Perspectivas: 15-73, Bogotá: Gente Nueva Editorial.

BELASTEGUIGOITIA M (2001). Descarados y deslenguadas: el cuerpo y la lengua india en los umbrales de la nación. Debate Feminista, 12(24):237-238. México: UNAM. Disponible en: [http://www.debatefeminista.cieg.unam.mx/wp-content/uploads/2016/03/articulos/024\\_14.pdf](http://www.debatefeminista.cieg.unam.mx/wp-content/uploads/2016/03/articulos/024_14.pdf)

BOLIS J (2016). ¿Cómo posestructuralizar la mirada? Desafíos y potencialidades metodológicas del Análisis del Discurso para un abordaje desde la comunicación. Ficha de Cátedra FPyCS-UNLP. La Plata: EPC.

BOMBINO CAMPANIONI Y (2013). Estudios sobre sexualidad y género: su visualización en la revista Sexología y Sociedad. Revista Sexología y Sociedad, 19(1): web. Disponible en: <http://revsexologiaysociedad.sld.cu/index.php/sexologiaysociedad/article/view/8>

BORRELL C & ARTAZCOZ L (2008). Las desigualdades de género en salud: retos para el futuro. Revista Española de Salud Pública, 82(3):245-249. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272008000300001](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272008000300001)

BOURDIEU P (1985). ¿Qué significa hablar? Economía de los intercambios lingüísticos. Madrid: Editorial Akal.

\_\_\_\_\_ (1997). Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción. Barcelona: Anagrama.

\_\_\_\_\_ (1998). La juventud no es más que una palabra, en Sociología y Cultura. México: Grijalbo.

\_\_\_\_\_ (2001). Poder, derecho y clases sociales. Bilbao: Desclée de Brouwer.

\_\_\_\_\_ (2000). Cuestiones de sociología. Madrid: Istmo.

BOURDIEU P, CHAMBOREDON JC & PASSERON JC (2002). El Oficio del Sociólogo. México: Siglo XXI.

BOURDIEU P & PASSERON JC (2001). Fundamentos de una teoría de la violencia simbólica, en Bourdieu, Pierre y Passeron, Jean-Claude. La Reproducción: Elementos para una teoría del sistema de enseñanza, 1:15-8, España: Editorial Popular.

BRUZZONE D (2008). Construcción del cuerpo, sentidos en juego. Ponencia presentada en las Jornadas del Cuerpo y la Cultura. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación UNLP. La Plata: FaHCE.

\_\_\_\_\_ (2009). Jóvenes y consumos de drogas en los medios de comunicación. XI Congreso RedCom. Tucumán: Universidad Nacional de Tucumán.

BUCK C *et al.* (1998) El desafío de la epidemiología: Problemas y lecturas seleccionadas. Publicación Científica Nº 505. Washington DC: OPS.

BUTLER J (1993). Cuerpos que importan: sobre los límites materiales y discursivos del "sexo". Nueva York: Routledge.

\_\_\_\_\_ (1996). Cómo los cuerpos llegan a ser materia. Una entrevista con Judith Butler. Disponible en: [http://antroposmoderno.com/antroposmoderno/articulo.php?id\\_articulo=1272](http://antroposmoderno.com/antroposmoderno/articulo.php?id_articulo=1272)

\_\_\_\_\_ (2001). El género en disputa. México: Paidós.

CAMPOS GWS (2001). El Anti-Taylor: un método para gobernar instituciones de salud con la producción de libertad y compromiso. En: Gestión en Salud: en defensa de la vida, :85-100. Buenos Aires: Lugar Editorial.

CASTIEL LD, ALVAREZ DARDET C (2010). La Salud Persecutoria. Los límites de la responsabilidad. Buenos Aires: Lugar Editorial.

CASTIEL LD, SANTOS FERREIRA M, MORAES DR (2014). *Os riscos e a promoção do autocontrole na saúde alimentar: moralismo, biopolítica e crítica parresíasta. Ciência & Saúde Coletiva*, 19(5):1523-1532. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014195.06212013>

CASTRO GÓMEZ (2000). Ciencias sociales, violencia epistémica y el problema de la "invención del otro". En Lander Eduardo La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales, :148. Perspectivas latinoamericanas. Buenos Aires: CLACSO. Disponible en: [http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/sur-sur/20100708045330/8\\_castro.pdf](http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/sur-sur/20100708045330/8_castro.pdf)

CENTRO DE IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA LA EQUIDAD Y EL CRECIMIENTO (2008). ¿Qué piensan los jóvenes?, Un estudio sobre la percepción de los jóvenes acerca de la salud, las instituciones y sus derechos en el municipio de Monteros, Argentina. Buenos Aires: CIPPEC.

CERASO C & RETOLA G (2000). Jóvenes, transformación y Desarrollo. La Plata: ANAGRAMA.

CHAVES M (2006). Investigaciones sobre juventudes en Argentina: estado del arte en ciencias sociales 1983-2006. La Plata: IDAES. Disponible en: <http://www.comisionporlamemoria.org/archivos/jovenesymemoria/colecciones/vol3/informe-investigaciones-sobre-juventudes-en-argentina.pdf>

CHIAROTTI S (2006). Niñas Madres: Embarazo y maternidad infantil forzada en América Latina y el Caribe. Disponible en: <https://cladem.org/wp-content/uploads/sites/96/2018/11/nin%CC%83as-madres-balance-regional.pdf>

CIFUENTES GIL RM (2011). Diseño de proyectos de investigación cualitativa. Buenos Aires: Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico.

CRENSHAW KW (1989). *Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics*. *University of Chicago Legal Forum: Vol. 1989: Iss. 1, Article 8*. Disponible en: <http://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8>

COMES Y & STOLKINER A (2005). "Si pudiera pagaría": Estudios sobre la accesibilidad de las mujeres usuarias pobres del AMBA a los servicios asistenciales estatales. XII Anuario de Investigaciones; 12(1):137-143. Buenos Aires: UBA. Disponible en: <http://ow.ly/eoN630pExkk>

COMITÉ DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES (2000). Observación General Nro. 14. Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>

CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL (CES-ONU) (2016). Observación General N°22. Relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). Disponible en: <http://ow.ly/JsR930pExjm>

DAVILA LEON O (2004). Adolescencia y Juventud: De las nociones a los abordajes. Última Década, 1(21): 83-104. Valparaíso: CIDPA.

DE LAURENTIS T (1989). *Technologies of gender. Essay on theory*. Bloomington: Indiana University Press.

DELMAS F (2015). Tramas de la violencia simbólica. *Con X*, 1(1):19-45. La Plata: EPC. Disponible en: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/55324>

DELVAL J (1998). El desarrollo humano. Madrid: Siglo XXI.

DEZA S & ALVAREZ A (2019). Consentimiento informado para gestar y parir: una obligación médica desatendida. Disponible en: <http://ow.ly/MRj530pExqu>

DIAZ E (2005). La filosofía de Michel Foucault. Buenos Aires: Biblos.

DIEZ ROUX AV (2007). *Em defensa de uma epidemiologia com números*. Salud Colectiva, 3(2): 117-119. Lanús: ISCO.

DI LISCIA M (2012). Cuerpos expuestos y sin derechos: Los abortos no punibles en Argentina. La Aljaba 16(1): web. Luján: Universidad Nacional de La Pampa. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1669-57042012000100004&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1669-57042012000100004&lng=es&tlng=es).

DUSSEL E (1994). 1492: El encubrimiento del otro: hacia el origen del mito de la modernidad. La Paz: Plural Editores.

ENCUESTA PROVINCIAL DE JUVENTUD (2016). Disponible en: [http://www.estadistica.ec.gba.gov.ar/dpe/images/JUVENTUD\\_CAPITULO\\_1\\_C.pdf](http://www.estadistica.ec.gba.gov.ar/dpe/images/JUVENTUD_CAPITULO_1_C.pdf)

ELA, REEDAS & CEDES (2018). Datos de salud reproductiva por provincia. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/1i4ODgRRUZgyGpeXVcvNNAJqMTS-jKear/view>

ELIZALDE S (2009). Normalizar ante todo. Ideologías prácticas sobre la identidad sexual y de género de los/as jóvenes en la dinámica de las instituciones orientadas a la juventud. Revista Argentina de Estudios de Juventud 1(1): s/n. Buenos Aires: EPC.

ELIZALDE S *et al* (2009). Género y sexualidades en las tramas del saber. Revisiones y propuestas. Buenos Aires: Libros del Zorzal.

EPELE M (2007). La lógica de la sospecha: Sobre criminalización del uso de drogas, complots y barreras de acceso al sistema de salud. Cuadernos de antropología social 1(25):151-168. Buenos Aires: UBA.

\_\_\_\_\_ (2010) Sujetar por la herida. Una etnografía sobre drogas, pobreza y salud. Buenos Aires: Paidós.

ERIKSON EH (1993). Sociedad y adolescencia. México: Siglo XXI.

\_\_\_\_\_ (1971): Identidad, juventud y crisis. Buenos Aires: Paidós.

EVANS D (2010). Diccionario introductorio de psicoanálisis lacaniano. Buenos Aires: Paidós.

FACULTAD DE PERIODISMO Y COMUNICACIÓN SOCIAL – UNLP (2015). Módulo 3: “Estrategias de intervención en relación a la violencia de género”. Buenos Aires: EPC.

FAUR E *et al.* (2003). Manual de capacitación: Sexualidad y salud en la adolescencia. Herramientas teóricas y prácticas para ejercer nuestros derechos. Buenos Aires: FEIM.

FEIJOO MC & BOTINELLI L (2014). ¿Quiénes son los jóvenes “ni-ni”? Suplemento La educación en debate N°19. Buenos Aires: Le Monde Diplomatique.

FEIXA C (1998). Las culturas juveniles en México. En M Pérez Olvera, Desarrollo de los Adolescentes III Identidad y Relaciones Sociales. Antología de lecturas, :215-238. México: UNAM.

\_\_\_\_\_ (1999): De jóvenes, bandas y tribus. Barcelona: Ariel.

FEMENÍAS ML (2012). Sobre sujeto y género:(Re) Lecturas feministas desde Beauvoir a Butler. Rosario: Prohistoria Ediciones.

FERNANDEZ AM (1994). La invención de la niña. Buenos Aires: UNICEF.

FERREIRO S & GUEVARA T (2010). El derecho de los jóvenes: la participación política. Universidad Nacional de General Sarmiento. 2010.

FLORENZANO R (1997). El adolescente y sus conductas de riesgo. Santiago: PUC.

FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (2018). Población mundial Nueva York: ONU. Disponible en: <https://www.unfpa.org/es/data/world-population-dashboard#>

FOUCAULT M (2007 [1970]). La arqueología del saber. Buenos Aires: Siglo XXI.

\_\_\_\_\_ (1977). Conferencia El nacimiento de la medicina social. Revista centroamericana de Ciencias de la Salud; conferencia en la Universidad del Estado de Rio de Janeiro, octubre de 1974. Dits et Écrits, II: 210.

\_\_\_\_\_ (2014). Historia de la sexualidad I: La voluntad de saber. Buenos Aires: Siglo XXI.

FRASER N (2008). La justicia social en la era de la política de identidad: redistribución, reconocimiento y participación. Revista de trabajo, 4(6): 83-99. Buenos Aires: Ministerio de Trabajo.

FREIRE P (1970). Pedagogía del oprimido. Montevideo: Tierra Nueva.

GARCÍA LINERA A (2008). La potencia plebeya. Acción colectiva e identidades indígenas, obreras y populares en Bolivia. Bogotá: Siglo del Hombre Editores y CLACSO.

GEBARA I (2002). El rostro oculto del mal: una teología desde la experiencia de las mujeres. Madrid: Trotta Editorial.

GIBERTI E (2005). Abuso sexual y malos tratos contra niños, niñas y adolescentes. Perspectiva psicológica y social. Buenos Aires: Espacio Editorial.

GIMENEZ G (1999). Territorio, cultura e identidades. Estudios sobre las Culturas Contemporáneas 25 Época II, 5 (9): 25-57. Colima: Universidad de Colima.

GOGNA M *et al.*(2005 a). Embarazo y maternidad en la adolescencia: estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas. Buenos Aires: CEDES.

GOGNA M (2005 b). Estado del arte: investigación sobre sexualidad y derechos en la Argentina (1990-2002). Buenos Aires: CEDES.

GÓMEZ GÓMEZ E (2001). Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 11(5):s/n Washington: OPS. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v11n5-6/10718.pdf>

HALL S (1981). La cultura, los medios de comunicación y el “efecto ideológico”. En Curran, James y otros (comp.): *Sociedad y Comunicación de masas*. México: FCE.

HALL S & JEFFERSON T (2010). Editores. *Resistencia a través de rituales. Subculturas juveniles en la Gran Bretaña de la posguerra*. La Plata: EPC.

HAMILTON G (2001). Exclusión de la protección social en Salud en Argentina: Tres enfoques metodológicos. *Jornadas Gino Germani*. Buenos Aires: Instituto de Investigaciones Gino Germani. Disponible en: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/argentina/germani/hamilton.rtf>

HEBDIGE D (1979). *Subculture. The Meaning of Style*: 132-133. Londres: Taylor & Francis e-Library. Disponible: <http://www.erikclabaugh.com/wp-content/uploads/2014/08/181899847-Subculture.pdf>

HEIDEGGER M (1962). *Being and Time*. Londres: SCM Press.

HOCHSCHILD AR (1989) *The second shift*. Nueva York: Avon Books.

HUERGO J (2002). Hegemonía: un concepto clave para comprender la comunicación. Ficha de cátedra. Facultad de Periodismo y Comunicación Social - UNLP. La Plata: EPC. Disponible en: <https://perio.unlp.edu.ar/sitios/opinionpublica2pd/wp-content/uploads/sites/14/2015/09/P2.1-Ficha-de-c%C3%A1tedra.-Hurgo.pdf>

IRRAZABAL M (2015). La religión en las decisiones sobre aborto no punible en la Argentina. *Revista Estudios Feministas*, 23(3):735-759. Florianópolis: Universidad de Santa Catarina. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-026X2015000300735&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2015000300735&lng=en&nrm=iso)

KANTOR D (2008). *Variaciones para educar adolescentes y jóvenes*. Buenos Aires: Del Estante Editorial.

\_\_\_\_\_ (2010). Cortes y pasajes. *Revista la Tía*, 1(6):s/n. Buenos Aires: La Tía Editorial. Disponible en: <http://ficherofn.blogspot.com/2015/06/cortes-y-pasajes.html>

KESSLER G (2005). Estado del Arte de la Investigación sobre Juventud Rural en América Latina. *Revista Colombiana de Educación* 1(51): 16-39. Bogotá: Universidad Pedagógica Nacional de Bogotá.

\_\_\_\_\_ (2009). El sentimiento de inseguridad. *Sociología del temor al delito*. Buenos Aires: Siglo XXI.

KORNBLIT A, MENDEZ DIZ A & ADASZKO, D (2006). Salud y enfermedad desde la perspectiva de los jóvenes escolarizados en el nivel medio de todo el país. Instituto Gino Germani. Buenos Aires: UBA.

KORNBLIT A (2007). Coordinadora, Juventud y Vida Cotidiana. Buenos Aires: Biblos.

KRAUSKOPF D (2010). Políticas de juventud, adolescencia y salud en Hugo Antonio Arroyo. Salud y bienestar de los adolescentes y jóvenes: una mirada integral. Pasqualini, D. y Llorens, A. (comp.). Buenos Aires: OPS.

\_\_\_\_\_ (2000). Dimensiones críticas en la participación social de las juventudes en La participación social y política de los jóvenes en el nuevo siglo. Balvaratini, S. (comp.) San José: CLACSO.

KRIGER M (2012). Jóvenes de escarapelas tomar: Escolaridad, enseñanza de la historia y formación política en la Argentina post -2001. EDULP. La Plata: EPC.

KROPFF L & NUÑEZ P (2010). Relatoría Eje Acción, participación, opciones y estrategias políticas, en M. Chaves y otros (coords.). Estudios sobre juventudes en Argentina 2007. La Plata: RENIJ EDULP. Buenos Aires: UNSAM-DINAJU.

LACLAU E (1990). *New Reflections on the Revolution of Our Time*. Londres: Verso.

LACLAU E & MOUFFE C (2010). Hegemonía y estrategia socialista. Buenos Aires: Siglo XXI.

LAMAS M (1999). Usos, dificultades y posibilidades de la categoría género. Papeles de Población, 5(21):147-178. México: UNAM. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11202105>

LIPSYC C, GINÉS ME & BELLUCCI M (1996). Desprivatizando lo privado: mujeres y trabajos. Buenos Aires: Catálogos.

MAFFESOLI M (1998). El tiempo de las tribus. Barcelona: Editorial ICARIA.

MARGULIS M (1996). La juventud es más que una palabra Ensayo sobre cultura y juventud. Buenos Aires: Biblos.

\_\_\_\_\_ (2004). Adolescencia y cultura. Revista Perspectiva Metodológica 4(4): web. Lanús: UNLA. Disponible en: <http://revistas.unla.edu.ar/epistemologia/article/view/574>

MARGULIS M y URRESTI M (1997). La cultura en la Argentina de fin de siglo. Ensayos sobre la dimensión cultural. Buenos Aires: UBA.

MARGULIS M (2004). La segregación negada. Buenos Aires: Biblos.

MARTIN BARBERO J (2003). De los medios a las mediaciones, Comunicación, cultura y hegemonía. Bogotá: Convenio Andrés Bello.

MATUS C (1992). Política, Planificación y Gobierno. Caracas: Fundación Altadir.

MENÉNDEZ E (1988). Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 30 de abril al 7 de mayo: 451-464. Buenos Aires.

\_\_\_\_\_ (2009). De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva. Buenos Aires: Lugar Editorial.

MENÉNDEZ E & SPINELLI H (2006). Participación social ¿para qué? Buenos Aires: Lugar Editorial.

MERHY E (2006). Cartografía del Trabajo Vivo. Buenos Aires: Lugar Editorial.

\_\_\_\_\_ (2017). Conferencia: La gestión de las organizaciones de salud y sus distintos modelos tecnológicos. UNLA; 26 de agosto de 2017.

MERHY E & FRANCO T (2016). Trabajo, producción de cuidado y subjetividad en salud. Buenos Aires: Editorial Lugar.

MIGNOLO W (2001). Capitalismo y geopolítica del conocimiento: el eurocentrismo y la filosofía de la liberación en el debate intelectual contemporáneo. Buenos Aires: Ediciones del signo.

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN (2013), [www.msal.gov.ar](http://www.msal.gov.ar), Argentina.

\_\_\_\_\_ (2013). Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/000000729cnt-ENCUESTA NACIONAL sobre salud sexual y reproductiva.pdf>

\_\_\_\_\_ (2015a). Protocolo de Atención integral de víctimas de violaciones sexuales. Disponible en: [http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/000000691cnt-protocolo\\_atencion\\_victimas\\_violaciones.pdf](http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/000000691cnt-protocolo_atencion_victimas_violaciones.pdf)

\_\_\_\_\_ (2015b). Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo. Disponible en: [http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000875cnt-protocolo\\_ile\\_octubre%202016.pdf](http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000875cnt-protocolo_ile_octubre%202016.pdf)

MONTOYA G (2003). Culturas juveniles urbanas contemporáneas: una aproximación antropológica, en: Escribanía 11 (1):111-123. Manizales: Universidad de Manizales.

MORLACHETTI A (2007). Políticas de salud sexual y reproductiva dirigidas a adolescentes y jóvenes: un enfoque fundado en los derechos humanos. Notas de Población: 34(85): 63-95. Santiago: Naciones Unidas.

MUÑOZ GONZÁLEZ G (2003). Temas y problemas de los jóvenes colombianos al comenzar el siglo XXI. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 1(1): 3–24. Manizales: Universidad de Manizales. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1692-715X2003000100006](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-715X2003000100006)

NIETZSCHE F (2018). La voluntad de poder. Madrid: EDAF.

NUÑEZ P (2012). Juventud y deterioro. Estudios sobre construcción de ciudadanía en la escuela secundaria argentina: tendencias y categorías en las investigaciones en la última década (2002-2012). Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/eb/v25n2/v25n2a06.pdf>

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2003). Informe Regional: Medios y salud: La voz de los adolescentes.

\_\_\_\_\_ (2010) Género y salud: Una guía práctica para la incorporación de la perspectiva género en salud.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (1948). Constitución de la organización mundial de la salud.

\_\_\_\_\_ (2002). Informe: Reducir los riesgos y promover una vida sana. Disponible en: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/pr84/es/>

\_\_\_\_\_ (2005). *Women's Health and Domestic Violence Against Women*. Disponible en: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr62/es/>

\_\_\_\_\_ (2018) ¿Cómo define la OMS la salud? Disponible en: <https://www.who.int/suggestions/faq/es/>

PALERMO Z (2010). Una violencia invisible: la “colonialidad del saber”. Cuadernos FHycS-UNJu, 1(38):79-88. Jujuy: UNJu. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/cfhycs/n38/n38a05.pdf>

PAGÉS JC (2004). Feminismo y masculinidad: ¿mujeres contra hombres? La Habana: Editorial UH.

PATEMAN C (1995). El contrato sexual. Barcelona: Anthropos Editorial.

PECHENY M, FÍGARI H & JONES D (2008). Todo sexo es político. Estudios sobre sexualidades en la Argentina. Buenos Aires: Libros del Zorzal.

PERRY C & JESSOR R (1985). *The Concept of Health Promotion and the Prevention of Adolescent Drug Abuse*. *Health Education Quarterly*, 12(2):169-184. Minnesota: SOPHE.

PRECIADO B (2002). *Manifiesto contra-sexual: prácticas subversivas de identidad sexual*. Madrid: Pensamiento Opera Prima.

PROGRAMA NACIONAL DE SALUD INTEGRAL EN LA ADOLESCENTE (2018). *Resumen ejecutivo Niñas y adolescentes menores de 15 años*. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001079cnt-ninas-adolescentes-menores-15-anos-embarazadas.pdf>

REGUILLO R (2000). *Identidades Culturales y espacio Público: un mapa de los silencios*. En revista *Diálogos de la Comunicación* 1(1):59-60. Lima: FELAFACS.

\_\_\_\_\_ (2000) *Emergencia de culturas juveniles. Estrategias del desencanto*. Buenos Aires: Editorial Norma.

RETAMOZO M (2006). *Notas en torno a la dicotomía público-privado: una mirada política*. *Reflexión Política*. Revista del instituto de Estudios Políticos 1(16):25-36. Medellín: Universidad de Antioquia. Disponible en: <https://www.aacademica.org/martin.retamozo/13>

RIOS EVERARDO M (2012). *Investigación feminista. Epistemología, metodología y representaciones sociales*. México: UNAM. Disponible en: <http://computo.ceiich.unam.mx/webceiich/docs/libro/Investigacion%20Feminista.pdf>

ROBINSON LOBOS L (2012). *El concepto de idea regulativa en la obra de Jacques Derrida y Jürgen Habermas*. Santiago: Universidad de Chile. Disponible en: [http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/110944/fi-lobos\\_r.pdf;sequence=1](http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/110944/fi-lobos_r.pdf;sequence=1)

RODRÍGUEZ E (2008). *Políticas Públicas de juventud en América Latina: experiencias*. Pensamiento iberoamericano. Puebla: Universidad Autónoma de Puebla.

ROTHMAN K *et al.* (2011). *Causalidad e inferencia causal*. En: *Epidemiología moderna*. 1(1):15-45. Porto alegre: ARTMED Editora.

RUBIN G (1986). *El tráfico de mujeres: notas sobre la "economía política" del sexo* *Nueva Antropología*, 8(30):95-145. México: Asociación Nueva Antropología. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/159/15903007.pdf>

SAINTOUT F (1998). *Los estudios de recepción en América Latina*. La Plata: EPC.

\_\_\_\_\_ (2006). *Jóvenes: El futuro llegó hace rato*. La Plata: EPC.

\_\_\_\_\_ (2010). *Jóvenes Argentinos: Pensar lo Político*. Buenos Aires: Prometeo.

\_\_\_\_\_ (2011). *Los medios hablan de los jóvenes... y ellos responden, en Juventudes en Argentina y América Latina*. *Abordajes multidisciplinares sobre*

identidades, culturas y políticas, del siglo XX al siglo XXI, Kriger M (comp.). Buenos Aires: CAICYT.

\_\_\_\_\_ (2012). Medios y juventud. Cuadernos del Inadi 6. Disponible en: <http://cuadernos.inadi.gob.ar/numero-06/medios-y-juventud/>

\_\_\_\_\_ (2013). Los jóvenes en la Argentina, Desde una epistemología de la esperanza. Buenos Aires: Universidad Nacional de Quilmes.

SAINTOUT F y DÍAZ LARRAÑAGA N (2003). Abrir la comunicación. Tradición y movimiento en el campo académico. La Plata: EPC.

SCHMUCLER H (1984). Un proyecto de comunicación/cultura. En revista Comunicación y Cultura,1(12):s/n. Xochimilco: UAM.

SCOTT JW (1996). El género: Una categoría útil para el análisis histórico. En: Lamas Marta (comp.) El género: la construcción cultural de la diferencia sexual,;265-302. México: PUEG.

SECRETARÍA DE GOBIERNO DE SALUD DE LA NACIÓN (2018). Página web institucional. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud>

\_\_\_\_\_ (2019). Plan ENIA. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/planenia>

SEGATO R (2018). Contra-pedagogías de la crueldad. Buenos Aires: Prometeo Libros.

SPIVAK GC (1988). *Can the subaltern speak? Reflections on the history of an idea.* Disponible en: <http://planetarities.web.unc.edu/files/2015/01/spivak-subaltern-speak.pdf>

SZTAJNSZRAJBER D (2016). Mentira la verdad en la calle. Michel Foucault. Historia de la sexualidad. Disponible en: [https://www.youtube.com/watch?v=FYWlj\\_O\\_pol](https://www.youtube.com/watch?v=FYWlj_O_pol)

TAYLOR R & RIEGER A (1985). *Medicine as social science: Rudolf Virchow on the typhus epidemic in Upper Silesia.* *International Journal of Health Services*, 15(4): 547-559. California: SAGE Journal.

TARDUCCI M & DAICH (2010). La pasión no se enseña: Transmitiendo el oficio de investigar con perspectiva de género. Memoria académica. La Plata: FaHCE. Disponible en: [http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab\\_eventos/ev.5033/ev.5033.pdf](http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.5033/ev.5033.pdf)

THE LANCET (2006). *Kaye Wellings, Martine Collumbien, Emma Slaymaker, Susheela Singh, Zoé Hodges, Dhaval Patel, Nathalie Bajos. Sexual behaviour in context: a global perspective. The Lancet Sexual and Reproductive Health Series.* Disponible en: [https://www.who.int/reproductivehealth/publications/general/lancet\\_2.pdf](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/general/lancet_2.pdf)

THWAITES REY ML (1994). La noción gramsciana de hegemonía en el convulsionado fin de siglo, en Gramsci mirando al sur. Sobre la hegemonía en los 90. Buenos Aires:

Colección Teoría Crítica. Disponible en: <http://www.mabelthwaitesrey.com.ar/wp-content/uploads/I-Cap-4-Thwaites-Rey-Gramsci.pdf>

UNICEF (2006). Salud y participación adolescente. Uruguay: UNICEF.

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES - UCES (2019). Página institucional. Disponible en: <https://www.uces.edu.ar/nosotros/es/8575/nosotros>

URQUÍA ML (2006). Teorías dominantes y alternativas en Epidemiología. Lanús: Ediciones de la UNLa.

URRESTI M (2008). Ciberculturas juveniles. Buenos Aires: La Crujía Ediciones.

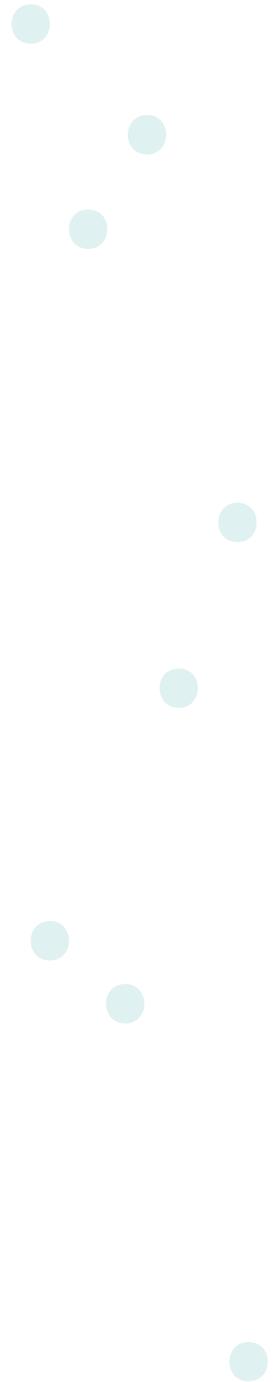
VALENCIA S (2010). Sexualidad y prácticas sexuales contemporáneas en la genealogía del sujeto ético de Michel Foucault. Revista Psicoespacios, 4(4):126-130. Disponible en: <http://www.iue.edu.co/revistasiue/index.php/Psicoespacios>  
<http://revistas.iue.edu.co/index.php/Psicoespacios/article/view/51>

VARELA A (2002). Jóvenes/ciudad: exploraciones acerca de los sentidos construidos en torno a la vida urbana, Revista Tram(p)as de la comunicación y la cultura, 2(1): 162-165. La Plata: EPC.

VERGARA QUINTERO M (2009). Representaciones sociales sobre salud de algunos grupos de jóvenes de Manizales, Colombia. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud 7(1): 105-133. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1692-715X2009000100005&script=sci\\_abstract&lng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1692-715X2009000100005&script=sci_abstract&lng=es)

VIVEROS VIGOYA M (2011). Teorías feministas y estudios sobre varones y masculinidades. Dilemas y desafíos recientes. La manzana de la discordia 2(4): 25- 36. Cali: Universidad del Valle.

*WORLD ASSOCIATION FOR SEXUAL HEALTH* (2009). Salud Sexual para el Milenio. Declaración y documento técnico. Washington: OPS. Disponible en: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3088:2010-salud-sexual-milenio&Itemid=1574&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=3088:2010-salud-sexual-milenio&Itemid=1574&lang=es)



## ANEXOS

### 1. Guía de entrevista

**Sentidos sobre la sexualidad de las mujeres adolescentes en el discurso médico**  
**El orden de la verdad científica, la moral y las prácticas**  
Universidad Nacional de La Plata

Fecha:

Edad:

Entrevista N°:

Género:

Duración de la entrevista:

Lugar de trabajo:

Código de la entrevista:

Especialidad:

Pertenencia (organización, sociedad científica, etc.):

1. ¿Cuánto hace que trabajás con adolescentes? ¿Cómo es la población con la que trabajas? [escolarizada/no escolarizada, sector social, edad, migrante/no migrante]
2. ¿En qué consiste concretamente tu actividad?
3. ¿Cuáles son las principales consultas/demandas que recibís de las mujeres adolescentes? ¿Hay diferencias según si son menores o mayores, según la orientación sexual o algún otro aspecto?
4. ¿Cómo viven su sexualidad las adolescentes, desde tu punto de vista?
5. ¿Cuáles son los comportamientos que se consideran seguros o buenas prácticas en salud sexual?
6. ¿Cómo fue tu proceso de formación? ¿Incluyó en algún momento perspectiva social? ¿de género? ¿generacional? ¿acerca de las distintas identidades de género?
7. ¿Ofrece capacitaciones en salud sexual/reproductiva la institución en donde trabajas? ¿En qué temáticas? ¿Qué otros espacios son de referencia para vos en tu formación profesional?

8. ¿Tienen diferencias hacia adentro del equipo de trabajo con respecto al abordaje de algún caso o del funcionamiento del servicio en general? ¿Cuáles? ¿Con qué te parece que tienen que ver? [edad /sexo / religión del profesional, disciplina, etc.]
9. ¿Cuáles son los principales problemas que enfrentas en tu práctica? ¿Y qué te gusta de tu actividad?
10. ¿Cuánto sentís que intervenís en la toma de decisiones de tus pacientes adolescentes?
11. ¿Te pasó alguna vez, durante una consulta, que un/una adolescente te ponga en tensión a vos, con tus pensamientos, tus valores? ¿Podrías darme algún ejemplo? ¿Alguna vez no supiste qué responder? ¿Qué hacés en esas circunstancias?
12. ¿Te gustaría comentar algo más relacionado con los temas que estuvimos conversando?

13. Muchas Gracias!!!

## 2. Protocolo de consentimiento informado

### Consentimiento Informado

Investigación: Sentidos sobre la sexualidad de las mujeres adolescentes en el discurso médico. El orden de la verdad científica, la moral y las prácticas. UNLP.

Fecha:

Entrevista N°.....

Código de la entrevista:

Nombre y apellido:

Estamos haciendo un estudio sobre la salud sexual en la adolescencia, en el marco de una investigación avalada por la Universidad Nacional de La Plata. El objetivo es conocer las experiencias y las percepciones de los/las profesionales de la salud tienen acerca del tema.

Como participante, no va a tener ningún beneficio directo. Sin embargo, esperamos que los datos contribuyan positivamente al acceso y la atención de la población adolescente en consultas de salud sexual.

Su participación en esta investigación es completamente voluntaria. Si hay alguna pregunta que no quiera contestar, no tiene que hacerlo. La entrevista dura alrededor de los 60 minutos y todo lo que se diga será confidencial: su nombre no será publicado en la investigación. Sí se registrará otro tipo de información como su especialidad, su edad, puesto laboral, institución en donde trabaja y sociedades científicas u organizaciones a las que pertenece. Para ello, si está de acuerdo, vamos a grabar la charla. La información será publicada como producción académica y podrá acceder a la misma si lo desea.

Si tiene alguna pregunta sobre el estudio, puede comunicarse con:

Marianela García (marianela.garcia@perio.unlp.edu.ar)

Firma del/ la participante de consentimiento informado:

FIRMA:

ACLARACIÓN:

DNI:

Esta propuesta ha sido revisada y aprobada por EL COMITE DE ETICA CENTRAL DEL MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES. Contacto: Calle 4 esq 51, 1° piso oficina 42, La Plata. Tel: 0221-44838858.

## **Consentimiento Informado Copia para lx participante**

Investigación: Sentidos sobre la sexualidad de las mujeres adolescentes en el discurso médico. El orden de la verdad científica, la moral y las prácticas. UNLP.

Fecha:

Estamos haciendo un estudio sobre la salud sexual en la adolescencia, en el marco de una investigación avalada por la Universidad Nacional de La Plata. El objetivo es conocer las experiencias y las percepciones de los/las profesionales de la salud tienen acerca del tema.

Como participante, no va a tener ningún beneficio directo. Sin embargo, esperamos que los datos contribuyan positivamente al acceso y la atención de la población adolescente en consultas de salud sexual.

Su participación en esta investigación es completamente voluntaria. Si hay alguna pregunta que no quiera contestar, no tiene que hacerlo. La entrevista dura alrededor de los 60 minutos y todo lo que se diga será confidencial: su nombre no será publicado en la investigación. Sí se registrará otro tipo de información como su especialidad, su edad, puesto laboral, institución en donde trabaja y sociedades científicas u organizaciones a las que pertenece. Para ello, si está de acuerdo, vamos a grabar la charla. La información será publicada como producción académica y podrá acceder a la misma si lo desea.

Si tiene alguna pregunta sobre el estudio, puede comunicarse con:

Marianela García (marianela.garcia@perio.unlp.edu.ar)

Firma de la investigadora:

FIRMA:

ACLARACIÓN:

DNI:

Esta propuesta ha sido revisada y aprobada por EL COMITE DE ETICA CENTRAL DEL MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES. Contacto: Calle 4 esq 51, 1° piso oficina 42, La Plata. Tel: 0221-44838858.

**3. Autorización del Comité de Ética Central del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires**



**G O B I E R N O D E L A P R O V I N C I A D E B U E N O S A I R E S**  
2019 - Año del centenario del nacimiento de Eva María Duarte de Perón

**Dictamen Firma Conjunta**

**Número:** ACTA-2019-11848763-GDEBA-CECMSALGP

LA PLATA, BUENOS AIRES  
Viernes 10 de Mayo de 2019

**Referencia:** Expediente 2919-1849-2019

---

**DICTAMEN DE EVALUACION ETICA**

Sra Investigadora Principal

Dra. Marianela Garcia

S/D

Ante la presentación efectuada y conforme las competencias del Comité de Ética Central establecidas por el Decreto 3385 y sin perjuicio de las atribuciones que la Ley 11.044 asigna a la CCIS, habiendo evaluado el proyecto de investigación: **“Sentidos sobre la sexualidad de las mujeres adolescentes en el discurso médico. El orden de la verdad científica, la moral y las practicas”**.-

**Centro: Universidad Nacional de La Plata**

**Investigadora Principal: Dra. Marianela GARCIA**

Y Considerando:

1. La pertinencia del estudio, teniendo en cuenta el conocimiento disponible, así como los requisitos de la Ley 11.044 y Decreto Reglamentario 3385/08.
2. Los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio, justificación de los riesgos y molestias previsibles para el participante, así como los beneficios esperados.
3. El procedimiento para obtener el Consentimiento Informado, incluyendo la Hoja de Información para el participante y Formulario de Consentimiento, como así también el resguardo de la confidencialidad,

#### 4. El contenido del Consentimiento Informado.

El Comité de Ética Central en investigación del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, dictamina en forma favorable, desde el punto de vista ético, para la realización del protocolo en la Provincia de Buenos Aires

Se notifica que este Comité adhiere a las Guías Operacionales de la OMS versión Ginebra 2000 modif. 2012

Digitally signed by ODC BUENOS AIRES  
DN: cn=ODC BUENOS AIRES, c=AR, o=MINISTERIO DE DEFENSA DE GABINETE DE MINISTROS BS AS,  
ou=SUBSECRETARIA para la MODERNIZACION DEL ESTADO, serialNumber=CUT 30115471511  
Date: 2019.05.10 13:24:15 -0300

Carlos Pablo Burger  
Secretario  
Comité de Ética Central  
Ministerio de Salud

Digitally signed by ODC BUENOS AIRES  
DN: cn=ODC BUENOS AIRES, c=AR, o=MINISTERIO DE DEFENSA DE GABINETE DE MINISTROS BS AS,  
ou=SUBSECRETARIA para la MODERNIZACION DEL ESTADO, serialNumber=CUT 30115471511  
Date: 2019.05.10 13:45:44 -0300

Silvina Ines Sanchez  
Coordinadora  
Comité de Ética Central  
Ministerio de Salud

Digitally signed by ODC BUENOS AIRES  
DN: cn=ODC BUENOS AIRES, c=AR, o=MINISTERIO DE  
DEFENSA DE GABINETE DE MINISTROS BS AS,  
ou=SUBSECRETARIA para la MODERNIZACION DEL  
ESTADO, serialNumber=CUT 30115471511  
Date: 2019.05.10 13:44:45 -0300

#### **4. Entrevista a Andrea Pineda, psicóloga y coordinadora del Programa de Salud Integral en la Adolescencia del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires**

**Fecha:** 11 de enero de 2018

**M: ¿Qué es y cómo funciona el Programa?**

A: El programa se crea conforma en 2016 con lo cual tiene una actividad bastante reciente. Antes existía la Dirección de Maternidad e Infancia con un subprograma de adolescencia que estuvo entre 2008 y 2009 y entre el 12 y el 13. La provincia de Buenos Aires tiene 12 regiones sanitarias. Habían algunas regiones que tenían armado su equipo de adolescencia en general con una sola persona. El programa tiene el mismo nombre que en Nación.

Lo que empezamos a hacer fue terminar de delinear bien los lineamientos del Programa, para hacerlo como algo posible en su implementación. Estos lineamientos, nos proponemos algunas líneas básicas de trabajo, el objetivo es favorecer el acceso a la salud integral de los y las adolescentes, que sabemos que no es una tarea fácil sobretodo porque es un Programa que requiere de articulación con otras áreas. Sí o sí, tenemos que trabajar con salud sexual con prevención de violencia y con VIH y con salud mental y adicciones, con estos últimos hemos trabajado bastante bien y por supuesto a nivel interministerial con Desarrollo, y el programa ENVION, tenemos un trabajo interesante que empezamos a fortalecerlo el año pasado. Con Educación tenemos algunos trabajos bastantes avanzados, luego hubieron cambio en Educación así que hubo que reflotar un poco.

Después hay otras áreas más específicas como la Secretaría de Transporte donde hicimos algunos avances para arrancar, pero también por cuestiones de cambio de autoridades fue quedando en el camino, pero esa es una línea que queremos reflotar este año porque todo lo que es abordaje de causas externas sobretodo morbimortalidad requiere trabajarlo con ellos.

Con VIH hemos logrado hacer pedido de compras de recursos con recursos de esta dirección como los dispenser de preservativos para entregar en espacios diferenciados.

**M: ¿Cuál es el diagnostico de la salud de lxs adolescentes en provincia de Buenos Aires?**

A: En principio, nosotros tenemos una población destinataria de 2.600.000 según el censo de 2010 adolescentes tomando una franja etaria de 10 a 19 que es lo que toma la OMS para adolescentes. Esa franja la tenemos dividida en adolescencia temprana y tardía, que también lo propone la OMS. Pero de esa franja fijate que en 2010 teníamos casi 1.500.000 de adolescentes que NO contaban obra social o prepaga o plan social y

que hoy podemos presuponer que hoy son mas. Ya de por sí, toda esa población requiera del sistema público de salud.

Como problemática lo que podemos ver a través de los datos de juventud y de la encuesta de salud sexual y la situación de salud adolescentes, por supuesto el tema del embarazo no intencional en la adolescencia. Constituye una de las líneas de trabajo del programa, la prevención del embarazo no intencional. Y en relación a eso, lo que planteamos en consonancia con lo que propone salud sexual es la utilización de métodos de larga duración sobre todo el implante subdérmico que es un insumo que tuvo una adherencia buenísima en los adolescentes, que esto tienen unos cuantos años, porque el implante se empezó a comprar en 2014 o 2015. Y que de los métodos de larga duración fue el que tuvo gran adherencia porque nos pasa que no ocurre lo mismo con el DIU. El DIU sigue siendo resistido por las mujeres en general y la población adolescentes en particular. Que ahí tampoco se le puede achacar a los adolescentes, ahí también hay toda una cuestión desde el saber médico que desalienta de algún modo el uso del DIU. Por supuesto que hay situaciones en donde no es aconsejable, pero en aquellas chicas que ya han pasado por un parto podrían perfectamente usarse el DIU.

Ahora el implante como método de larga duración, sí ha logrado a tener adherencia, de hecho las adolescentes se acercan a la salita o al hospital a pedir “el chip” que de hecho se ha instalado así, con ese significante ahí como concepto. Van y piden el chip.

En relación a eso hay algunos trabajos que se podrían mencionar de por qué tiene esa adherencia el implante subdérmico sobre el DIU. Uno se introduce por vagina, eso es todo un mito y una cuestión de las mujeres en Argentina que pasó también cuando se compró, hace varios años, el preservativo femenino que no tuvo adherencia. Nada de eso que se introduce logra tener adherencia. Y vuelvo sobre la cuestión, no es que es una cuestión de la usuaria solamente, hay algo que no estamos transmitiendo y hace que se repliquen estos mitos, estos temores y estos prejuicios.

Y sobre todo en lo que es la sexualidad en la adolescencia la cuestión de incorporar a los varones. Nosotras trabajamos una línea concretamente que es “las masculinidades” en relación a pensar nuevas formas de la masculinidad y en ese sentido también lo que podríamos llamar “paternidades responsables”.

Estábamos trabajando con el organismo de niñez, con quien tuvimos un trabajo bastante interesante de capacitaciones, junto a una abogada del Programa y luego, en algún momento se trabaja con hogares que era algo muy específico de niñez y adolescencia. Íbamos a los hogares de chicas y trabajábamos con aquellas que habían tenidos bebés o en la prevención, pero cuando íbamos a los de varones el tema no aparecía. Entonces cuando preguntábamos sobre la cuestión decían, “bueno, no porque no son padres”, pero si empezabas a indagar un poco, la mayoría no sabía si

tenía o no un hijo, lo que hacían era no ejercer la paternidad. En algunos casos de hecho eran padres biológicos, pero no estaba instalada la paternidad como si estaba en las mujeres que van con el bebé. Si tienen que llegar a una instancia de ese tipo llegan desde un lugar de haberles sido vulnerado algún derecho y además ejerciendo, aún así, el rol de crianza.

**M: ¿Por qué es una prioridad la educación sexual dentro de la población adolescente?**

A: La población adolescente es una población sana, pero observamos, por eso empezamos a trabajar la línea de género, si mirás los números duros, lo que te encontrás es en general llega poco o no llega al sistema de salud. Ahora cuando llegan, llegan las mujeres, porque la puerta de entrada es la salud sexual. Vienen a buscar algún método anticonceptivo, entonces desde el Programa intentamos trabajar esa puerta de entrada como una oportunidad también para ampliar. Porque la puerta de entrada puede ser ir a buscar un método (anticonceptivos) pero después te encontrás con situaciones de abuso, incluso con qué hay que hacer cualquier tipo de control médico.

Del mismo modo, paralelo a eso, encontramos con que los varones cis no llegan a la consulta, sin embargo son los que más se mueren. Porque la mortalidad de varones tiene que ver con las causas externas que son las primera causa de muerte en las y los adolescentes.

**M: Causas externas, son, para aclarar, accidentes de tránsito, violencias...**

A: Exacto, todas aquellas que no tienen que ver con enfermedades. La primera causa de muerte adolescente a nivel mundial y esto se replica en el país y particularmente en la provincia de Buenos Aires son las causas externas. En primer lugar son las causas indeterminadas, porque no se hizo en el hospital no se hizo, en el hospital, o donde fuese certificó esa muerte, no se señala, sólo se pone paro cardiorespiratorio, con lo cual a veces no queda determinado por qué se dio la muerte. En segundo lugar accidente de tránsito, luego aparecen suicidios y así van apareciendo otros tipos de accidentes.

De esas causas externas más del 80 por ciento corresponde a varones. Por lo cual todo lo que tiene que ver con la construcción de la masculinidad como exponerse a situaciones más riesgosas a esto de lo que significaría ser “macho” o ser hombre está absolutamente presente cuando mirás el número duro. Por eso cuando trabajamos las capacitaciones en masculinidades llevamos todo lo que es la estadística porque sino a veces, cuando tenés una médica o médico en el auditorio, parece una pavada hablar de género o de estas cuestiones, entonces es nuestro modo de poder mostrar esto con los datos duros: cómo el varón es absolutamente más vulnerable a todo esto. En algunos municipios y en algunas regiones aparece como predominante lo que se

conoce como riña o peleas entre varones. En algunos datos hace unos años, la primera causa de muerte en La Matanza era por peleas de banda. Por eso decía que es una población sana, que las que llegan son las mujeres a través de la puerta de entrada que puede ser ir a buscar un método anticonceptivo y que el desafío es trabajar con los varones y que no es sólo de salud que es un trabajo para trabajar desde la educación. Por eso lo importante de trabajar desde la ESI que aporta herramientas para trabajar en la deconstrucción del modelo hegemónico de masculinidad.

Incluso hace varios, años, en 2010, la OMS advierte sobre la vulnerabilidad de los varones de los varones en relación a la construcción de la masculinidad hegemónica y la salud. Y ni hablar del varón adulto también llega a la consulta tarde en general. Por eso el tema es sumamente importante trabajar toda la línea de masculinidades en relación a salud.

**M: Vos hablabas de las estadísticas en relación a las masculinidades ¿Cómo ves vos la trama de las feminidades y la salud sexual?**

A: Bueno, es como la contracara. Este Programa depende de una dirección provincial de la Salud de la Mujer, Infancia y Adolescencia, pero que comúnmente lo conocemos como Maternidad e infancia. Por lo cual toda la cuestión de la salud de las mujeres queda subsumida al rol de la maternidad y a la crianza y acá todos los otros programas que tenés alrededor apuntan de alguna manera a eso, por más que intentamos trabajar y abordar otras cuestiones. Pero del mismo modo que vemos en los varones esta cuestión en relación a la salud, en las mujeres quedan cooptadas a un rol predeterminado que es el de hacerse cargo solas de los hijos, en caso de que lo tengan, de la salud sexual si se trata de prevenir. Después te encontrás con perlititas cuando vas a una capacitación o una actividad y que cuentan los médicos o quienes tienen contacto directo con la población: viene una mujer al ginecólogo y cuando éste le pregunta “¿por qué venís?” le responde “porque mi pareja tienen verrugas en el pene”. Bueno entonces que vaya él al hospital. Pero la que va es la mujer.

Esta posición está súper instalada y también está replicada desde el sistema de salud, esto es algo a lo que intentamos apuntar desde las actividades. Se cita a la madre. Cuando hay que citar a alguien por la atención de un niño o una niña, se cita a la madre o se pide que vaya la madre. O los acompañantes en la sala de internación tienen que ser mujeres. Esto está muy alimentado por el sistema de salud, que el rol de crianza y el rol de cuidado está del lado de las mujeres.

**M: ¿Cómo se podría entender que en un orden social en el que parece que la ciudadanía de la mujer está muy ligada a la maternidad, aparezca la maternidad adolescente como un problema que el Estado tiene que atender?**

A: Nosotros, lo que intentamos desde el Programa es no pensar al embarazo adolescente como un problema, en general. Porque eso también es algo que está y nos

cuesta no repetir. Será un problema en algunas situaciones, en otras no. Puede ser elegido también. Lo que pasas es que ahí tenés que ir a mirarlo con algún otro dato, no alcanza con lo que alguna persona pueda esgrimir o pueda enunciar. Es cierto que hay otros datos para penar, porque cuando se dice que esa maternidad a los 15, 16 o 17 fue elegida, si indagás un poco en el caso, podés ver que es elegida porque no hay otra cosa para elegir. Era lo que estaba más a mano. Con todo lo que eso conlleva, a veces no terminar el colegio, aunque también hay otros datos que nos dicen la reversa de esto: que dicen que en general ya tenían un hijo o una hija y por eso no llegan a la escuela.

Pero creo que la problemática está cuando, desde Salud o Educación o todos aquellos organismos que abordan la vida de los adolescentes no llegan a tiempo para darle la posibilidad a esa chica de elegir. No se ha llegado a tiempo con la información, con la medicación y por supuesto con el acceso al insumo, al anticonceptivo. Porque a veces los insumos están pero algo ocurre que la población no accede, entonces no se trata solamente de comprar anticonceptivos, se trata de un trabajo que acompañe eso y es un poco más complejo. Muchas veces las chicas llegan a buscar ese insumo porque quieren prevenir ese embarazo que después acontece y ahí sí es un problema, pero se encuentran con barreras de acceso en el mismo sistema y a eso es a lo que intentamos apuntar desde el Programa, que puede parecer una tarea sencilla pero te puedo asegurar que es lo más dificultoso. Ya de movida, al llegar le pregunten si vino acompañada por un adulto o le digan “ahora no tengo turno, vení el mes que viene”. Que vayan a buscar la anticoncepción de emergencia y le pongan mil reparos, por supuesto para acceder a la interrupción. Imaginate que si todo esto tiene barrera, lo que implica lo otro... Eso si es un reconocimiento del sistema y a lo que tenemos que apuntar desde la gestión, a tratar que las barreras sean eliminadas. Porque eso es el principal problema para el embarazo en la adolescencia.

**M: ¿Y de dónde pensás que surgen estas barreras? ¿Por qué existen estas barreras?**

A: Yo creo que hay una cuestión que tienen que ver con la formación de los profesionales de la salud. Tiene que ver con el modelo médico hegemónico. Cuesta mucho que una chica o un chico, y sobre todo si es mujer, puede decir o tiene la autonomía para acercarse a una sala sanitaria o a un hospital a pedir un método anticonceptivo. Porque lo que está ahí jugándose de fondo es el ejercicio de la sexualidad, es que esa mujer tiene una vida sexual activa. Y esas cosas generan prejuicios, mitos, todo esto que circula y que lo escuchamos cuando trabajamos con los compañeros en los efectores y que es bueno “para eso tienen autonomía, pero para trabajar no”... todo eso está instalado en el imaginario y es muy difícil de remover, tiene años. Todavía es muy dificultoso, con todos los años que tienen las leyes y el marco legal, que se entienda lo de la autonomía progresiva, que se entienda, esto de que pueden acceder a, no sólo a métodos anticonceptivos, si no a cualquier

tipo de consulta médica o a la utilización de medicamento. En el caso de los y las adolescentes trans, a medicación a consultas... hay todo un temor respecto a eso. La modificación del Código Civil de 2015, amplía y da más resguardo para todas estas cuestiones, pero son cosas con las que hay que seguir trabajando. Nosotros desde el Programa trabajamos fuertemente con esta abogada que te decía del organismo de niñez, en todo lo que implicó la modificación del Código Civil en 2015, pero bueno sigue siendo un tema dificultoso, cuya raíz tiene que ver con lo que implica la sexualidad.

**M: ¿Qué es lo que se incorpora al Código Civil en 2015?**

A: Sobre todo que a partir de los 13 años pueden acceder a las consultas o a tratamientos médicos que no sean invasivos. Ahí aparece toda una cuestión de qué es invasivo y qué no, para lo cual Nación, hizo toda una lectura del Código Civil interpretando a qué se refiere con tratamiento invasivo. Porque eso era un obstáculo para la atención de niñas niños y adolescentes trans o camino a las transición de género. Porque implicaba en los más chicos o pre adolescentes en lo que es la detención de la pubertad. Porque había ahí toda una discusión de la ética médica de cómo intervenir ahí.

Aquí a parece que desde los 13 a los 16 pueden hacerse consultas acompañados por un adulto y después de los 16 pueden elegir el tratamiento. Es en este periodo, de los 13 a los 16 que entra toda esta cuestión de los grises, pero que bueno vos tenés el antecedente de la convención de Derechos de Niños y Niñas con la Autonomía Progresiva que ya te avalaba para todas esas cuestiones; el Interés Superior del Niño... todas estas cosas, en lo concreto de la consulta, a veces no, pero en general es fácil de evaluar. Si un chico o una chica llega solo a la consulta ya, si se movilizó, sacó el turno si fue, si averiguo dónde quedaba el hospital, ya hay algo de ahí de su autonomía que ya está en juego, por más que tenga 12 años. Por supuesto que en la consulta vos vas a indagar si va a buscar un método anticonceptivo... hay que indagar, porque bueno tiene 12 años, con quién está manteniendo las relaciones, si no está siendo víctima de un abuso... esas cosas por supuesto que se indagan, pero más vale prevenir, si va a buscar un método anticonceptivo hay que dárselo.

**M: En todo esto que decías, ¿Opera el miedo a la sanción profesional?**

A: Totalmente, eso juega. Por supuesto que a veces aparecen situaciones que no son claras y uno intenta averiguar para no meter la pata. Pero lo que intentamos transmitir y por lo que hemos aprendido, es que la sanción la vas a tener por negar la atención o por obstaculizar, más que por hacer. Eso está muy presente en tema de niños y adolescentes, el miedo a hacer algo y después recibir una denuncia o no estar haciéndolas cosas de manera legal. Nosotros repartimos este cuadernillo (*NdeR*:

*cuadernillo con marco normativo)* a todos los lugares que vamos y le decimos “tenelo a mano”, que avalan al personal y que garantizan la atención.

Aparece dentro de los conflictos, la cuestión disciplinar. Es decir, cuando abordamos la adolescencia lo hacemos desde distintas disciplinas pero algunas aparecen más como voz autorizada.

Sí, eso está presente porque el discurso médico tiene una impronta que es dificultosa. Además existe todo un lenguaje en sí mismo que te tiran dos palabras y que no sabés qué contestar. Adolescencia está pensada para trabajar interdisciplinariamente. Ahora en eso, vos necesitás que cada disciplina aporte lo suyo, es decir, van haber saberes que van a estar más instalados en un lugar que en el otro. La cuestión médica en salud tiene un peso que es innegable es muy difícil que puedan discutir psicólogos, trabajadores sociales, o lo que fuere. Y también hay cosas que tienen su basamento científico que son respetable, que hay que entender y que no se puede discutir todo o a degradar todo. Pero las asimetrías están, están, eso es complejo. No es lo mismo que el servicio de adolescencia tenga un médico, una médica, a que no lo tenga, porque hay cosas que son muy concretas: la prescripción del medicamento solo lo pueda hacer un médico o una médica. En eso de la línea de salud sexual, también. Por supuesto que para no generar más obstáculo, si no hay un médico, se apunta tratar de garantizar que la medicación llegue, que cuando una mujer vaya a buscar un anticonceptivo se le den varios, para tener un tiempo considerable y poder organizar bien la consulta para cuando venga a buscar el que viene.

**M: Ustedes brindan capacitación en la provincia. Trabajan sólo con los servicios diferenciados de adolescentes o con todo el sistema de salud en general.**

A: Depende de la actividad. Cuando se creó el Programa lo primero que se hizo fue un relevamiento para saber qué espacios habían, porque la verdad es que no sabíamos qué teníamos. Y nos encontramos con que hay cosas totalmente diversas. Constituidos como servicios dentro de un hospital, la verdad es que hay pocos. Después tenés departamentos, áreas, en las zonas sanitarias a veces tenés una persona que pone voluntad que ha decidido trabajar con adolescentes. Esto es muy complejo porque las cosas armadas a voluntad no se puede proyectar nada a largo plazo. Si bien te podés encontrar con alguien que hace diez años que está haciendo esa tarea, pero formalizado como servicio y constituido dentro del espacio de salud no es mucho lo que tenemos.,

Una vez que hicimos ese relevamiento, lo que hicimos fue visitarlos. Son muchos y aún no hemos llegado al cincuenta por ciento de los espacios. Si los que ya están armados como servicios, la idea es poder ir a visitarlos y no llamar y que vengan a una reunión acá. Ahí vos ves con qué lugar físico cuentan, no siempre los espacios para adolescencia son lugares privilegiados.

**M: ¿Estos servicios diferenciados están en hospitales?**

A: Los consolidados como servicios sí.

**M: ¿Y cuántos son?**

A: Espacios tenemos más o menos doscientos. En salas sanitarias en cada región. En las zonas sanitarias en todas hay algún espacio que tiene sistema diferenciado dentro de algún hospital y algunos que son referentes a nivel provincial.

**M: Acá, en la Región XI ¿Cuáles hay?**

Está el del Hospital de Niños, el Elina de la Serna y hay en el primer nivel de atención varios espacios que tienen atención de adolescentes y que están bastante anclados a los espacios de la consejería de salud sexual.

En la VI también tenemos el Evita de Lanús que es un espacio de referencia. El Luciano y Mariano de la Vega tiene el PAIA que es el Programa de adolescencia dentro del hospital que están desde hace año y trabajan muy bien en Moreno. El hospital de Pergamino tiene un servicio de adolescencia muy completo con gente súper comprometida y con muchas ganas de capacitarse.

Las capacitaciones en general las hacemos a nivel regional por una cuestión de presupuesto básicamente. Además nosotros nos manejamos a nivel provincial a través de las regiones y que se ésta la que convoque a los municipios que pertenecen a esta región y ahí se convoca tanto el primer como el segundo nivel de atención

Y también lo que hacemos en convocar a los servicios locales y zonales. Y luego de acuerdo a la actividad se convoca a otras áreas. Por ejemplo tenemos toda la línea de trabajo en lo que es prevención del suicidio que lo hacemos con salud mental y adicciones y ahí también convocamos a los equipos de salud mental de los hospitales. Nosotros intentamos que sea lo más amplio posible, porque adolescencia toca a todo el hospital y a todas las alas sanitarias.

**M: ¿Y en los servicios de salud de adolescencia del sistema de salud, cuáles son las profesiones que integran los equipos?**

A: Psicólogos, psicólogas, médicas. Algunos tienen trabajadores sociales. El de Pergamino que te mencionaba tiene nutricionistas. Ahora cuando yo te digo esto, con los médicos, las nutricionistas, las trabajadoras social quien sea, dependen de otro servicio y han armado ese espacio ahí. Es complejo tener un servicio específico con gente nombrada para eso, hay pocos.

**M: ¿Varía en cuanto a servicios o problemática lo que es la zona del conurbano y lo que es el resto de la provincia?**

A: Eso es lo que tienen la provincia, es que son completamente distintas las problemáticas que se presentan, la población que llega. La cantidad de consultas y la diversidad de las consultas que le llegan al Evita de Lanús no van a ser lo mismo que al de Pergamino. Nosotros trabajamos el año pasado una línea junto a Nación, de capacitación en servicio donde capacitadoras de Lanús capacitaron al equipo de Pergamino. Fueron dos días, es una línea que solventa Nación y lo que veíamos es que recién ahora se empiezan a presentar consultas que en Lanús se presentaban hace mucho tiempo antes, por la cantidad de la población por sus características sociales y culturales o de diversidad. Las cuestiones de abuso son más difíciles de visibilizar en una sociedad donde la mayoría se conoce. Estuvo muy bueno en ese sentido porque pudieron llevarle desde su experiencia situaciones que empiezan a ser, no digo novedosas, pero que no hace tanto tiempo que se empiezan a presentar en localidades más pequeñas. Ahí se trabajó bastante lo que la línea de abuso, por supuesto a través de los protocolos, pero bueno sirvió para ver cómo se trabaja el caso cuando lo tenés ahí.

**M: ¿Cuáles son los principales mitos que aparecen más resonantemente en cuanto a lxs adolescentes y la salud sexual?**

A: Cuando hacemos las capacitaciones, en general viene gente que ya está consustanciada con la temática, lo cual ya es un problema porque no terminás de llegar a quien hay que llegar. En general el que se acerca a una capacitación sobre diversidad sexual en la adolescencia, pensar las masculinidades, la accesibilidad al sistema de salud de los adolescentes, es gente que ya está consustanciada con la temática. Es mucho más difícil con los huesos duros de roer que no vienen por sus propios medios.

Sin embargo eso ocurre más, y por eso son ricas las actividades, cuando lo trabajamos con Educación, porque ellos tienen una cosa como más direccional: cuando tienen que ir, tienen que ir. Entonces van porque los hicieron ir, entonces ahí es más rico porque te plantean todas estas cosas y se pone más interesante y aparece un desafío más grande. Estás llegando a gente que no tiene una plataforma sobre el tema. Ahí aparecen estas cosas como “nosotros no estamos para ir a darle preservativos a los alumnos, con todo el laburo que tenemos que hacer” “son autónomos para decidir con la sexualidad pero para otras cosas no”, esto también lo podés escuchar en salud perfectamente, lo escuchás.

**M: ¿La cuestión moral aparece?**

A: Y sí, aparece toda esta cosa del discurso más disciplinario que bueno, Salud y Educación son disciplinarios. Todo aquello en Salud que se aparta de la norma, de lo normal, es patológico, es raro. Entonces, entender que la salud puede ser abordada y debe ser dada no sólo cuando hay una enfermedad es algo que por supuesto cuesta

instalar en los sistemas. Hay situaciones, como la de la población adolescente que van a llegar no porque están enfermos, no porque hay patología para curar si no para prevenir algo o para abordar cualquier otra cosa de la salud por afuera de la enfermedad. Eso si se repite y se sabe, pero después aplicarlo no es fácil. Por qué está esto “a que vienen?” “yo que hago?” “si me viene a contar que la abusaron que tengo que ver yo con eso”, esas cosas están presentes. Y bueno es un desafío para que la cosa no termine en el derivacionismo: se presenta una situación dificultosa y enseguida llamo al servicio local o viceversa, esto se tiene que trabajar de manera más integral y con más competencia desde ahí. Pero cuando se trata de adolescentes aparece esto del derivacionismo, de sacárselo de encima del “bueno ahora te lo mando a vos”.

**M: ¿Trabajan con asociaciones de profesionales o con organizaciones de la comunidad? ¿Cuáles son de referencia? ¿Con cuáles articulan?**

A: Tomamos con referencia y hemos estado en actividades con la SAP, con SAGIJ, AMADA... quiero decir tomamos material de lo que ellos proponen. Después el trabajo con las ONGs, no es un lugar donde hemos podido entrar. Se nos presentan cuando nos llaman, cuando hay una situación en concreto, porque lo cierto es que hay que ofrecer algo para eso. En consonancia con las propuestas de Nación, se proponen trabajo con foros de jóvenes. Acá en provincia hay armados algunos espacios como en La Matanza, donde el año pasado hicieron una reunión importante, que sí es un espacio de jóvenes y adolescentes, donde fuimos convocados. Hay algunas provincias, como San Juan y Jujuy que tienen estos foros muy bien armados. También estuvimos en contacto con la RAJAP que trabajan VIH.